FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966

700

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Sylvie LISFRANC, Née FAURE

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

NÉE LE 14 AVRIL 1936, A PARIS

A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS D'HYSTÉRIE DE CONVERSION CHEZ L'HOMME

Président : Professeur Jean DELAY

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Sylvie LISFRANC, Née FAURE

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

NÉE LE 14 AVRIL 1936, A PARIS

A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS D'HYSTÉRIE DE CONVERSION CHEZ L'HOMME

Président : Professeur Jean DELAY

UNIV.
LEDEN
BIBL.

CHEZ L'ENFANT

D'HYSTÉRIE DE CONVERSION

A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS

NÉE LE 14 MARS 1859, A PARIS

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

SYLVIE-LUCIENNE DUC-DANKE

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

A MON PERE

A MA MERE

A MON MARI, A VIRGINIE, A CAROLINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAY

Membre de l'Académie française,

Membre de l'Académie de Médecine,

Professeur de Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale

Médecin des Hôpitaux,

Directeur de l'Institut de Psychologie,

Docteur ès-Lettres,

Commandeur de la Légion d'Honneur.

qui m'a donné le grand privilège de bénéficier
d'un enseignement remarquable en m'admettant
au nombre de ses Internes et Elèves,
et qui m'a fait l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Ce double honneur est la chance de ma carrière.

En témoignage de ma respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAY

Membre de l'Académie française,

Membre de l'Académie de médecine,

Professeur de Clinique des maladies mentales et de l'Encéphale

Médecin des Hôpitaux,

Directeur de l'Institut de Psychologie,

Docteur ès-lettres,

Commandeur de la Légion d'Honneur,

qui m'a donné le grand privilège de bénéficier
d'un enseignement remarquable en m'admettant
au nombre de ses internes et Clinat,
et qui m'a fait l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Ce double honneur est la chance de ma carrière.

La témoignage de ma respectueuse admiration.

AU PROFESSEUR Th. LEMPERIERE

qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et a bien voulu m'accorder
une aide constante et bienveillante lors de sa réalisation.

Qu'elle accepte l'expression de mon absolu dévouement
et de ma gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PICHOT

pour l'aide qu'il m'a apportée
dans la réalisation de ce travail,
pour sa bienveillance et ses conseils.

Je le prie de croire à l'étendue de ma gratitude
et à mon grand dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DENIKER

En témoignage de ma reconnaissance
pour ses conseil bienveillants.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LHERMITTE

Qui m'a accueillie dans son service,
m'a permis d'y bénéficier de son enseignement,
et d'utiliser certaines de ses observations.

Qu'il accepte le témoignage de ma vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Paul MILLIEZ

dont je fus la stagiaire, l'externe, puis l'interne.
Son exemple restera pour moi un enseignement constant.
Il m'a permis d'apprendre non seulement la science médicale,
mais ce que doit être le médecin en face du malade.

Je le prie de croire à toute mon admiration,
à ma reconnaissance,
et à mon très respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT-DREYFUS

qui, tout au long de mes études,
fut pour moi le plus bienveillant des Maftres,
et qui m'a constamment aidée de ses conseils avisés.

Qu'il trouve ici l'assurance
de mon fidèle respect, de mon admiration,
et de ma grande affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBARRE

dans le service duquel j'ai appris à admirer
la rigueur de la recherche scientifique.
Pour son enseignement,
les encouragements qu'il m'a donnés,
et la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

Qu'il trouve ici l'expression
de ma gratitude et de mon fidèle attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GARCIN

qui m'a accordé la faveur
de bénéficier de son enseignement.

En témoignage de ma reconnaissance
pour la bonté qu'il a toujours eue pour moi,
de mon respect et de mon admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUTIER

dont j'ai eu la chance de profiter d'un enseignement quotidien

A MONSIEUR PERSE

qui m'a prodigué avec patience de ses avis éclairés,
qu'il accepte cette marque de ma gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GREEN

en témoignage de reconnaissance
pour les conseils qu'il a bien voulu me donner
et pour l'enseignement dont il m'a permis de bénéficier.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HAAG

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUSSEL

qui ont bien voulu m'aider dans la rédaction de cette thèse
et dont les conseils me furent précieux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur PASTEUR VALERY-RADOT

Monsieur le Professeur DE SEZE

Monsieur le Professeur COSTE

Monsieur le Professeur TURIAF

Monsieur le Professeur HEPP

Monsieur le Professeur DELARUE

Monsieur le Professeur SIGUIER

Monsieur le Professeur LAPRESLE

Monsieur le Professeur LAGRUE

INTRODUCTION

° °
°

Notre étude de l'hystérie masculine obéit à un double impératif :

- Prouver par nos observations l'existence de l'hystérie chez l'homme, d'une part, et son équivalence à celle que l'on observe chez la femme,
- Etudier, d'autre part, la personnalité des hommes hystériques pour tenter de contribuer à la délimitation de la personnalité hystérique en général.

I - Nous proposons tout d'abord, grâce à l'analyse de 54 observations de conversion hystérique, de démontrer l'existence de l'hystérie chez l'homme. Nous rappellerons auparavant l'évolution des idées sur ce sujet ainsi que les différentes opinions concernant la fréquence de l'hystérie masculine. Nous étudierons ensuite les symptômes de conversion tels qu'ils sont décrits dans la littérature et tels que nous les rencontrons dans nos observations. Il apparaît une certaine évolution clinique dans le sens d'un appauvrissement des manifestations compensé par une extension au domaine des troubles subjectifs (algies, céphalées) et psychiatriques (dépression).

L'apparition de ces symptômes subjectifs se traduit par une modification des problèmes diagnostiques : ceux-ci se détournent du champ de l'organicité pour se discuter avec l'hypochondrie et les accidents psychosomatiques, sans que l'accord soit fait dans certains cas sur la place nosologique de telle ou telle manifestation. A propos de ce chapitre clinique, nous envisagerons les symptômes hystériques dans l'un et l'autre sexe afin de préciser s'ils concordent suffisamment pour qu'il soit légitime d'englober sous le même terme de conversion hystérique les troubles somatiques de l'homme et de la femme.

II - La fréquence et l'évidence des bénéfices secondaires amènent en effet certains auteurs à nier l'existence de l'hystérie masculine qu'ils qualifient de pure simulation. Aussi nous semble-t-il indispensable de reprendre les différentes hypothèses pathogéniques afin de montrer que, quel que soit le mécanisme invoqué, il est le même dans les deux sexes et que l'on peut nier l'existence de l'hystérie mais non séparer à cet égard les manifestations rencontrées dans les deux sexes et qualifier l'homme de simulateur, en laissant à la femme seule le privilège de l'hystérie.

III - Si les mécanismes psychologiques nous paraissent donc identiques, les bénéfices secondaires semblent différents dans les deux sexes. Nous les étudierons chez nos malades :

l'homme et la femme nous semblent diverger non par le besoin, qui est identique, mais par la demande qui s'exprime soit au niveau de l'individu chez la femme, soit au niveau de la société chez l'homme. Cette différence nous paraît liée aux conditions socio-culturelles : elle exprime un besoin commun aux deux sexes, une revendication affective insatiable caractéristique de la position hystérique.

IV - Après avoir étudié ce qu'est la manifestation hystérique, comment elle se produit et pourquoi, nous examinerons enfin qui est hystérique en tâchant de contribuer, par l'étude de notre matériel, à éclaircir le problème de la personnalité des hystériques. Les nombreuses controverses sur ce sujet nous paraissent en effet partiellement liées au fait que seules des femmes hystériques ont été analysées jusqu'à présent ; la personnalité hystérique définie à partir d'elles seules nous paraît contaminée par des traits d'hyperféminité se mêlant aux traits plus spécialement hystériques. L'intérêt de l'étude de l'affection chez l'homme pourrait donc résider dans la mise en lumière de traits communs aux deux sexes et, dans ce cas, spécifiques de l'hystérie.

I - ETUDE CLINIQUE

° °

°

A - EXISTENSE DE L'HYSTERIE CHEZ L'HOMME SA FREQUENCE GLOBALE POSITION DES DIFFERENTS AUTEURS

L'hystérie, comme l'indique son nom, qui provient d'utérus en grec a longtemps été considérée comme l'apanage de la femme. HIPPOCRATE accusait, en effet, les déplacements de l'utérus, organe mobile, d'être responsables des symptômes hystériques. La remontée provoquait des vomissements lorsque l'utérus appuyait sur l'estomac, des cardialgies ou une dyspnée ou même, lorsque l'ascension de l'organe était maximale, l'impression de boule dans la gorge, le trismus et les céphalées. Ces symptômes cédaient lorsque le médecin, en appuyant sur le foie, parvenait à en décoller l'utérus et à le faire réintégrer sa position pelvienne. De tels mouvements étaient facilités par la vacuité de l'abdomen, l'âge et l'absence de rapports sexuels. La grossesse en représentait le meilleur traitement préventif (1).

Dès le IIème siècle, GALIEN remarque que l'homme n'est pas épargné par l'hystérie. Le coupable n'est donc pas l'utérus. C'est l'abstinence sexuelle qui, dans les deux cas, doit être tenue pour responsable.

(1) renvoi aux conceptions actuelles du médecin de famille.

Toutefois, cette opinion demeure isolée pendant longtemps, les manifestations hystériques restant le propre de la femme. Sur le plan pathogénique, plus que la vacuité utérine, c'est la possession divine ou diabolique qui est alors incriminée. La notion d'hystérie masculine apparaît à nouveau, isolément, avec Charles LEPOIX. En 1618, celui-ci s'autorise de son expérience pour "aller contre l'opinion de tant d'hommes illustres... et d'Hippocrate qu'il vénère" et défendre le premier cette doctrine révolutionnaire "Hysteria symptomata vulgo dicta, omnia fere viris cum mulieribus "communia sunt". Afin d'expliquer la survenue de l'hystérie chez l'homme, l'enfant, le vieillard, il met en cause, non plus l'utérus, mais le cerveau. SYDENHAM (traité de 1681) considère également que l'hystérie, maladie pan simulatrice, affecte tous les organes comme une "variété d'hypochondrie" et se rencontre dans les deux sexes.

La théorie utérine conserve cependant des adeptes. En 1822 est publié le dictionnaire en 15 volumes dans lequel on peut lire : "nous ne croyons pas qu'il y ait un seul exemple bien caracté- "risé dans le sexe masculin". Elle était encore défendue en 1845 par LANDOUZY auquel l'Académie de Médecine, n'ayant pu statuer, décerna un prix ex-aequo avec BRACHET qui défendait par contre l'origine cérébrale de l'hystérie.

En 1859, BRIQUET se fait l'apôtre de l'hystérie masculine dont il défend l'existence bien qu'il n'en ait personnellement observé que 7 cas sur 430 hystéries. L'affection est pour lui une névrose cérébro-spinale dans laquelle l'utérus ne joue pas le rôle prépondérant. L'hystérie résulte de la perturbation d'"actes vitaux" qui servent à la manifestation des émotions et des passions.

En 1869, J. MOREAU de TOURS dans son "Traité pra - tique de la folie neuropathique (vulgo hystericus" rapportait 51 obser-

vations, toutes féminines. L'hystérie est pour lui une affection strictement féminine.

A cette opinion, DUPONCHEL se range nettement en écrivant en 1874 dans sa thèse : "De la folie hystérique" : "La fo-"lie hystérique est le triste apanage des femmes ; si elle a été ren-"contrée chez l'homme... ce ne peut être qu'à l'état de rare excep-"tion car l'hystérie elle-même est une chose bien rare dans le sexe "mâle".

Ce n'est qu'à partir de 1870 que les observations d'hystérie masculine sont suffisamment nombreuses pour emporter la conviction. A cette date, Ch. BREUILLARD publie dans sa thèse plusieurs dizaines de cas variés, personnels ou glanés dans les publications précédentes (Pinel, ...). Il tire peu de conclusions de l'étude de ces hystéries masculines. La fréquence des observations féminines lui paraît s'expliquer par l'éducation qui développe la sensibilité de la femme aux dépens de son intelligence et de sa volonté, du moins en ce qui concerne les riches citadines. Les campagnardes au contraire, comme l'homme, et pour les mêmes raisons, seraient rarement hystériques. Chez l'homme, l'hystérie irait de pair avec un caractère peu viril et une constitution délicate, efféminée. Ainsi le premier malade qu'il décrit "se plaît dans la compagnie des femmes, auxquelles il ressemble sous tant de rapports".

En 1880, OLLIVIER inspire à A. KLEIN une excellente thèse sur l'hystérie masculine ; avec une préoccupation statistique remarquable à cette époque, il analyse 78 cas, précisant l'âge et la profession des malades, leur caractère, le nombre et l'allure clinique des ymptômes. Il conclut à la prédominance d'une personnalité du type efféminé dont il donne le canevas. Contrairement à ses successeurs, il ne retrouve pas de bénéfice matériel majeur, non plus

que de prépondérance dans les classes frustes ; une importante fraction de ses malades appartient à des professions élevées, exigeant une solide intelligence (13 sur 60 ont choisi une carrière libérale). Les cas qu'il décrit se rapprochent des cas féminins : ils ne sont pas déclenchés par un traumatisme, ou l'espoir d'un profit matériel, mais succèdent à une émotion, une frayeur, un deuil (35 sur 60).

Cet auteur met en relief l'importance, comme chez la femme, des phénomènes de suggestion. Il décrit de petites épidémies d'hystérie masculine dans les collectivités, les milieux ruraux ou enfantins : "Chez les personnes éclairées, dans les villes, "l'hystérie est généralement sporadique ; il n'en est pas de même " chez les individus qui sont appelés à vivre en commun, non plus "que chez les sujets très jeunes, dont l'esprit d'imitation est, com-"me on le sait, très marqué, Ainsi voit-on les paysans, les religieux "les enfants des écoles...".

Au total, pour A. KLEIN, il y a donc une analogie entre l'hystérie masculine et l'hystérie féminine en ce qui concerne tant la symptomatologie que le milieu, les phénomènes déclenchants et l'allure de la personnalité.

La problème paraît à l'ordre du jour puisque, la même année, paraît une autre thèse sur le sujet, celle de Léopold JANET (1880) inspirée par P. HARDY. Les 6 hystériques qui y sont décrits sont de type plutôt éfféminés : poètes, musiciens.

La théorie utérine, controversée depuis le XVII ème siècle, n'a donc finalement été abandonnée qu'à la fin du XIX ème. Les études que nous venons de résumer, pour frappantes qu'elles

soient, n'avaient pas emporté la conviction : les adversaires de l'hystérie masculine négligeaient en effet ces observations sporadiques. Il fallut l'avènement de l'hystérie traumatique, et des multiples travaux qu'elle suscita, pour détruire la théorie utérine qui succomba devant deux arguments :

- l'évidence de l'affection chez l'homme, d'une part,
- l'importance déterminante des facteurs psychiques (émotion, intérêt), d'autre part.

Les publications américaines de PUTNAM et WALTON en 1884 renouvellent en effet l'intérêt ; elles mettent en lumière la naissance suivie de la prolifération d'une forme nouvelle d'hystérie se développant principalement chez l'homme : l'hystérie traumatique ou hystérie de compensation. Décrite à l'occasion des premiers accidents du nouveau chemin de fer et des procès pour indemnisation qui suivirent, elle démontra de façon formelle, que les hommes pouvaient présenter des symptômes hystériques. Toutefois débute à cette occasion une controverse entre les tenants de l'hystérie et ceux qui veulent voir dans les symptômes l'expression d'un "choc" traumatique ayant eu des répercussions organiques toutes différentes des lésions hystériques.

PAGE tient pour l'inorganicité des troubles et montre, en Angleterre, que les "railway spine" sont en réalité des "railway brain".

Des auteurs allemands, au contraire, refusent d'admettre la nature hystérique des manifestations secondaires à ces accidents. Ainsi OPPENHEIM et THOMSEN tentent d'individualiser une entité nouvelle à laquelle ils dénient toute participation hystérique sur la foi des arguments suivants :

- caractère tenace et permanent des symptômes,
- personnalité différente des sujets qui ne sont pas fantasques, changeants, gais et indifférents, mais plutôt mélancoliques et déprimés, tourmentée de rêves effrayants, d'hallucinations hypnagogiques.

Cette conception est défendue en France par GRASSET qui décrit une affection autonome, la "névrose traumatique", responsable des paralysies, mutisme, tremblements, etc..., observés après les accidents.

Pour les autres auteurs, il s'agit bien là d'hystérie et, sous l'impulsion de CHARCOT, une grande vague d'intérêt se déclenche pour le problème de l'hystérie masculine dont on décrit désormais deux aspects :

- l'un, consécutif à un traumatisme, peut affecter n'importe quel type de personnalité,
- l'autre, survenant spontanément, représente une sorte de miroir de l'hystérie féminine.

E. BATAULT, qui publie l'étude de 218 cas, opposera ainsi ces deux aspects. "On conçoit qu'un jeune homme, éfféminé, "puisse, après des excès, des émotions profondes, présenter quel- "ques phénomènes hystériformes ; mais qu'un artisan vigoureux, "solide, non contaminé par la culture, un chauffeur de locomotive "par exemple, nullement émotif auparavant, du moins en apparence, "puisse, à la suite d'un accident de train, d'une collision, d'un "déraillement, devenir hystérique au même titre qu'une femme, "voilà, paraît-il qui dépasse l'imagination. Rien n'est mieux prouvé "cependant, c'est une idée à laquelle il faudra se faire.

En 1889, Pierre MARIE publie une statistique provenant de la consultation chargée de l'admission hospitalière. Il est frappé du nombre surprenant d'hystériques mâles se présentant à cette consultation, et dont il évalue approximativement le nombre à 2 par séance. Sur les 525 malades neurologiques qu'il a examiné 25 offraient des caractères dits d'"hystérie massive". L'auteur entend par là l'association de symptômes hystériques et, à l'examen, d'une zone franche d'anesthésie. 3 autres avaient une "hystérie mineure" ; leurs symptômes hystériques étaient évidents : attaques convulsives, paralysies ayant régressé, mais ne s'accompagnaient pas d'anesthésie. Cette fréquence de 5% est plus significative encore quand on la confronte à celle des femmes hystériques : sur 179, il y eut une hystérie massive et 5 hystéries mineures, pourcentage global donc très inférieur à celui de l'hystérie masculine.

Pour Pierre MARIE, l'hystérie mâle est généralement liée à un traumatisme. Elle affecte par prédilection des sujets de situation sociale déplorable, sans travail et démunis. Le niveau social est très nettement supérieur chez les femmes.

Pour A. SOUQUES, en 1890, le nombre des hystériques hospitalisés en un an dans une salle de 32 malades est de 26. Les proportions sont analogues pour les femmes et les hommes.

BITOT, en 1890, retrouve, chez le Professeur PITRES à Bordeaux, 20 cas d'hystérie mâle en 2 ans, ce qui représente 1 homme pour 2 femmes.

A l'étranger, on note également la fréquence de l'hystérie chez les travailleurs manuels : en Angleterre, DRESCHFELD, THORNTERN, en Allemagne MENDEL démontrent la fréquence de l'hystérie mâle.

Mais c'est surtout CHARCOT qui, en France, dans ses leçons du mardi, va chaque année, de 1887 à 1892, présenter de nombreux hommes hystériques et préciser les données de l'observation. Il donne la proportion d'un homme pour 3 femmes, et rapporte 24 observations masculines. Ses patients sont généralement des victimes sociales dont le but est d'obtenir un dédommagement. Le traumatisme subi est assez violent pour impressionner le sujet et l'entourage mais n'entraîne par définition jamais de lésions organiques. Celles-ci doivent avoit été éliminées par un examen rigoureux. Cependant l'absence de toute lésion organique n'est pas le seul élément du diagnostic. CHARCOT montre, à l'occasion de la présentation célèbre de deux traumatisés de l'épaule dont l'un avait une lésion du plexus brachial et l'autre une monoplégie hystérique, que l'accident hystérique se caractérise par l'intervalle de latence qui sépare la paralysie du traumatisme. Cet intervalle est retrouvé constamment.

CHARCOT insiste aussi sur les caractères de permanence et de stabilité des symptômes de l'homme ; cet aspect peut se rencontrer chez la femme et ne lui paraît pas s'opposer au diagnostic d'hystérie.

La plupart des cas qu'il présente sont d'origine traumatique (16 sur 24) ; chez les autres malades, on retrouve un traumatisme psychique, une grande frayeur en général. Ses malades sont particulièrement débiles et vivent dans des conditions sociales ou affectives très défavorables.

CHARCOT affirme donc l'existence de l'hystérie masculine bien que le terme, reconnaît-il, soit impropre. Mais les essais de dénominations plus adéquates furent voués à l'échec,

qu'il s'agisse de la neuropallie de PIORRY (1884) ou du tarassis de LACHEZE (1884).

DUTIL publie en 1889 sa thèse sur "Hystérie et neu-"rasthénie associées : railway spine et névrose traumatique" dans laquelle il développe les arguments qu'oppose CHARCOT à la théorie organique de l'hystérie traumatique, et dont le principal est le caractère volontiers purement psychique du traumatisme (peur d'être électrocuté, blessé par la chute d'un tonneau...).

C'est CHARCOT encore qui inspire la thèse de ROUBINOVITCH (1890) affirmant l'identité de l'hystérie mâle et féminine.

BABINSKI en 1906, dans son étude sur l'hystérie et l'hypnotisme n'envisage pas précisément le problème du sexe mais affirme se ranger aux côtés de CHARCOT pour étendre à l'homme la maladie pithiatique : "Enfin, mon illustre Maître CHARCOT "pourva la fausseté de la conception transmise par ses prédéces-"seurs en montrant que les phénomènes névropathiques en ques-"tion étaient communs chez l'homme, chez l'enfant avant la pu-"berté, et même chez le vieillard après extinction de la vie géné-"sique".

Freud lui-même rapporte dans "Ma vie et la psychanalyse " uen controverse dans laquelle il se montre partisan de l'hystérie marculine dont il affirme l'existence.

S.W. MITCHELL, en 1904, tenait pourtant l'hystérie mâle pour si rare qu'il en publie une unique observation.

T.D. SAVILL (1909) étudie, dans son ouvrage sur l'hystérie et les troubles vasomoteurs associés, près de 500 cas comportant 3% d'hommes seulement.

SCHNYDER au contraire déclare en 1907 : "On rencontre "beaucoup d'états hystériques parmi les représentants mâles des "classes prolétaires".

Durant cette période, les statistiques sont donc éminemment variables. Citons encore :

- pour BERNHEIM - 1 hystérique mâle sur 10 (14 sur 140 cas)
- pour REIMANN et JOLLY, pour LOWEN-FELD – 1 hystérique mâle sur 5
- pour OPPENHEIM - 1 sur 10

A partir de cette époque, les études sur l'hystérie poursuivront un dessein essentiellement théorique. Nous reprendrons les conceptions de BERNHEIM - de JANET - de FREUD, puis les travaux ultérieurs. Mais le problème de l'hystérie masculine, de sa fréquence, de sa position dans le cadre général de l'hystérie, a été délaissé jusqu'en 1952.

Seules les études nombreuses effectuées au cours de la guerre 14-18 nous enrichissent de détails sur cette forme spéciale d'hystérie masculine.

En 1917, ROUSSY et LHERMITTE publient leur ouvrage sur les psychonévroses de guerre. La preuve de l'hystérie masculine n'est plus à faire. L'importance de la bibliographie, groupant 150 articles publiés de 1914 à 1917, rend compte de l'étendue du problème et suggère, autant que l'ouverture de services hospitaliers spéciaux, l'importance du nombre de sujets atteints. L'hystérie évolue en temps de guerre comme en temps de paix, affectant tous les aspects classiques. Les auteurs insistent sur la fragilité du terrain, sur les pièges du diagnostic, la difficulté de la

position des experts. Fort heureusement, l'attitude thérapeutique, décidée en commun, est la même : refus de toute gratification ou convalescence aux hystériques comme aux simulateurs ce qui permet de ne pas résoudre le problème.

L'ouvrage de BABINSKI et FROMENT détaille, à propos de l'hystérie en temps de guerre, les problèmes de l'émotion, du rôle de la suggestion, des critères de non organicité. Toujours à propos des névroses de guerre, F. MOTT insiste sur l'inconstance de la "belle indifférence" souvent remplacée par une vive anxiété, ainsi que sur la curabilité des troubles. La sympathie et le repos auraient ici plus d'effet que l'hypnose et la psychanalyse.

SMITH, même devant une symptomatologie typique, rejette le diagnostic d'hystérie du fait de l'importance des manifestations anxieuses (cauchemars, ...). Il insiste sur la fréquence avec laquelle les sujets atteints étaient normaux jusqu'alors. "L'homme le plus fort peut être bouleversé par des stimuli intenses ou rapprochés...". Dans les antécédents, il retrouve cependant avec fréquence : les troubles du caractère pendant l'enfance, la cruauté ou l'alcoolisme des parents, l'intolérance à l'injustice, ainsi que l'existence dans l'anamnèse d'autres épisodes effrayants ayant en quelque sorte sensibilisé le sujet.

CAMPELL trouve l'hystérie de guerre rare. Le pronostic lui paraît bon (9/10 guérissent en 6 semaines). La distinction d'avec la simulation lui paraît difficile.

EDER étudie 100 hystéries masculines de guerre et conclut entre autre :

1- L'hystérie de guerre affecte un sujet "normal" mais de tolérance diminuée dans 70% des cas. Dans 30%, ce sont des névrosés ordinaires.

2 - L'hystérie de guerre n'est qu'une variété un peu spéciale qui obéit aux processus freudiens mais dans laquelle l'influence du choc dépasse largement celle de la prédisposition. Il y a entre l'hystérie de la paix et celle de la guerre une différence de degré et non de nature.

L'hystérie masculine est, dès lors, devenue le domaine exclusif des publications militaires. La guerre de 14-18 terminée, nous ne relevons aucun article traitant de ce problème jusqu'à la deuxième guerre mondiale qui entraîne une nouvelle efflorescence de travaux statistiques. La proportion d'hystériques dans les différents pays, parmi la totalité des militaires hospitalisés pour des affections psychiatriques, est exposée dans le rapport de T. LEMPERIERE, que nous résumons dans le paragraphe suivant :

- 23,45% aux Etats-Unis en 1942-43 d'après BRACK qui étudiait surtout des combattants, ce qui peut expliquer ce taux élevé de réactions hystériques chez des sujets très anxieux soumis à un stress violent,
- 27,8% en Italie dans les années 1957-58, pour MORENO et CIRRINCIONE, furent hospitalisés à l'hôpital militaire principal de Rome.

- 419 cas en France sur 5.665 malades psychiatriques en 1963, soit 7%.
- Un nombre important de pithiatiques ont été examinés en Algérie par MANCEAUX en 1947.
- Peu d'hystériques au contraire pour LOUCAIEF dans l'armée tunisienne de 1960 à 1964, 18 cas en tout : en temps de paix la fréquence est bien moindre.

L'hystérie semble donc survenir avec prédilection dans l'armée :

- soit au combat, où elle s'associe alors à des manifestations d'anxiété, tendant actuellement à s'exprimer lorsque les sujets sont évolués, sous forme de manifestations psychosomatiques. Celles-ci, comme nous nous proposons de l'exposer au chapitre diagnostique, semblent augmenter de fréquence aux dépens des manifestations hystériques de conversion.
- soit en temps de paix, chez des sujets frustes, voire débiles (MORENO-MANCEAUX). La conversion prend alors un aspect tout à fait classique : accès convulsif, états crépusculaires, tremblement, paralysies et camptocormie.

Ces manifestations, selon LOUCAIEF ou COIRAULT, surviennent essentiellement pendant les premiers mois de la vie militaire, voire à la seule menace d'incorporation (MANCEAUX). Elles posent des problèmes nosologiques que nous réservons de détailler dans le chapitre traitant de la personnalité hystérique.

Le problème de l'hystérie masculine dans la vie civile, qui avait suscité un tel intérêt vers les années 1890, a donc pratiquement sombré dans l'oubli, pendant près de soixante ans. Ce désintérêt peut s'expliquer de différentes manières :

1 - Beaucoup de médecins ont considéré que l'hystérie masculine était toujours une hystérie de compensation, liée à un profit matériel. Il n'y avait donc plus à épiloguer sur ce sujet, la conversion masculine n'impliquait aucun élément névrotique et ne représentait qu'un moyen aisé d'obtenir un bénéfice financier souvent considérable. Que le sujet soit ou non appelé hystérique, il s'agissait davantage d'une sorte de sinistrose que d'une névrose hystérique assimilable à celle de la femme. Il devenait dès lors superflu d'étudier l'hystérie masculine, sur laquelle tout le monde paraissait s'accorder.

2 - L'intérêt porté à l'hystérie en général décrut nettement après une époque passionnée se terminant par les études freudienne.

3 - Enfin le dernier problème qui suscitait encore des controverses à propos de l'hystérie (vers les années 36) était d'ordre pathogénique : aspect organique (VAN BOGAERT), ou psychologique ou psychodynamique, avec les études psychanalytiques de CODET LOWENSTEIN et PARCHEMINEY, etc... Dans ces études, bien que la question du sexe soit rarement évoquée, c'est la femme qui semble avoir toujours servi de modèle.

Ce n'est donc que récemment, sous l'influence croissante des études statistiques qui ont fini par envahir jusqu'au domaine, longtemps défendu, de la psychiatrie, que, à l'occasion de larges études détaillées, les auteurs modernes ont cherché à définir la personnalité hystérique. Le problème de l'homme s'est posé alors spontanément : fallait-il l'exclure du champ de l'hystérie, l'y incorporer afin d'étudier un matériel global sans discrimination de sexe, ou opposer les hommes aux femmes ?

Ces diverses tendances sont représentées.

1 - Certains ne distinguent pas les hommes des femmes dans leur étude :

C'est le cas de STEPHENS et KAMP. Leur groupe comporte 14% d'homme parmi les hystériques hospitalisés entre 1913 et 1920 (et 86% de femmes) et 12% d'hommes entre 1945 et 1960 (88% de femmes). Aucun des cas masculins ne représente une névrose de compensation, l'hystérie masculine étant tout à fait analogue à celle des femmes dans cette étude.

ZIEGLER - IMBODEN et MEYER, dans leur statistique sur l'hystérie de conversion, envisagent l'ensemble des 134 hystériques examinés dans leur série entre 1956 et 1960 : 18% sont des hommes (dont 4 sur 24 seulement représentent des réactions de compensation).

LJUNBERG, dans une monographie fort complète, détaillant l'ensemble des différents paramètres caractérisant les hystériques (sexe, âge, antécédents, symptômes ...) qui ont été traités de 1931 à 1945, trouve 35% d'hommes. Les données fournies par les deux sexes sont analysées séparément.

Pour SCHNEIDER, 11% des hystériques seulement sont des hommes. L'homme présenterait plus volontiers des névroses obsessionnelles, ou des symptômes hypochondriaques, tandis que la femme serait fréquemment atteinte d'hystérie ou de névrose phobique. Cette fréquence globale se détaille ainsi :

- Réactions hystériques : 28% d'hommes
- Traits hystériques de caractère : 12% -
- Névrose hystérique : 3% -
- Personnalité hystérique : 1% -

LEWIS et BERMAN (1965) envisagent également dans une perspective opérationnelle un groupe d'hystériques de l'un et l'autre sexe. A partie de ce matériel - dont le diagnostic a été porté par d'autres praticiens - ils cherchent à reprendre les critères classiques afin de tester leur validité. Parmi 57 malades, hospitalisés en 1963, il y a 20% d'hommes.

LINDBERG en étudiant l'attitude hystéroïde, envisage également la répartition des hommes et des femmes. Il montre l'évolution de la proportion des deux sexes avec l'âge ; la fréquence

de l'hystérie mâle est de 36% avant 30 ans, puis décroît jusqu'à 50 ans (15%) tandis que l'évolution est inverse chez la femme : de 30 à 57%. Les adolescents hystériques se répartissent également dans les deux sexes, puisla proportion des hommes diminue rapidement tandis que celle des femmes augmente.

CHODOFF et LYONS enfin poussent le paradoxe d'une étude non discriminative à l'égard du sexe jusqu'à pratiquer l'analyse d'un matériel très particulier puisqu'il comporte 15 hommes et 2 femmes seulement, et représente en fait une étude de l'hystérie masculine. La conversion leur semble donc fréquente chez l'homme, tandis que la personnalité hystérique y est exceptionnelle. Les manifestations somatiques se développent chez des individus porteurs de personnalités variées : le seul malade présentant une personnalité hystérique est un homosexuel ! Ils en tirent d'intéressantes conclusions sur la personnalité hystérique que nous nous réservons de reprendre ultérieurement.

2 - Nombre de publications ne traitent que de l'hystérie chez la femme, soit par principe, soit parce que les auteurs, cherchant pourtant à ne pas être de parti prix, n'ont pas rencontré de cas masculins (GUZE et PERLEY ...)

3 - Au sein de ces nombreuses observation, il n'est consacré à l'homme qu'un unique article (paru en outre dans une publication médicale non spécialisée en psychiatrie) : celui de ROBINS et PURTELL qui réunirent 38 cas. On ne peut comparer leur fréquence

avec celle de l'hystérie féminine, car il n'a pas été possible aux auteurs de découvrir un seul homme dans un hôpital civil. La totalité de leurs malades a été hospitalisée dans un service dépendant le l'armée, et se caractérise par la constance du profit matériel escompté (100%). Il s'agit donc d'hystérie de compensation ; aussi les auteurs sont-ils amenés à poser le problème de la légitimité du diagnostic d'hystérie, qui devrait être abandonné au profit d'un terme spécial qualifiant cet aspect particulier. Le terme de "névrose de compensation" pourrait paraître plus acceptable, et semble préférable à celui de névrose traumatique ou d'hystérie traumatique (d'autant qu'il n'y a guère de traumatismes dans les antécédents).

Si les auteurs hésitent sur le terme à utiliser pour qualifier l'affection qu'ils décrivent à cause de la constance de l'intérêt qu'ils rencontrent, il est possible de s'interroger également sur la validité de leurs critères diagnostiques. Parmi les symptômes qu'il étudient, les plus fréquents sont en effet les douleurs, les céphalées, l'anxièté, les vomissements, tandis que les manifestations rigoureuses de conversion : crises, paralysies, troubles de la marche, sont à peu près absentes.

Leur conception du symptôme hystérique s'oppose si totalement à celle de LJUNBERG par exemple qu'il nous semble indispensable de nous interroger maintenant, si l'on veut pouvoir étudier l'hystérie chez l'homme, sur la nature des symptômes somatiques que nous pouvons qualifier d'hystériques. Il faut s'entendre sur ce dont on parle, et l'évolution dans le temps des symptômes typiques vers des troubles subjectifs nécessite une prise de position claire sur la définition du matériel, c'est-à-dire de la manifestation de conversion hystérique.

B - LES SYMPTOMES SOMATIQUES

1 - Les symptômes de conversion : leur modification progressive au cours de l'histoire de l'hystérie

De cette étude historique du symptôme hystérique ne se dégagera pas l'impression d'une progression dans la connaissance. Le sujet ne sera pas serré de plus près. On ne connaît pas mieux l'hystérie qu'il y a 80 ans. Sans entrer dans les discussions pathogéniques, le simple diagnostic n'est pas plus facile à porter. Au contraire, les critéres sont plus vagues, le cadre nosologique encore moins bien délimité.

Si on parle d'une manifestation hystérique, on peut entendre aussi bien une monoplégie évidemment inorganique qu'une dépression nerveuse paraissant venir bien à propos pour résoudre un conflit familial ou une menace de chômage.

L'hystérie manifeste donc une remarquable adaptation chronologique à l'évolution de la médecine et des lois sociales que nous proposons d'évoquer dans ce qui va suivre

Evolution Historique

a) La manifestation hystérique avant CHARCOT

Sont hystériques tous les symptômes suffisamment frappants pour lesquels on ne retrouve pas de cause organique. On ne parle guère de petits maux. Tout est extrême, du fait de la relative carence médicale de l'époque et de la nécessité de frapper fort si l'on veut être entendu.

L'hystérie repose sur un critère négatif : l'absence d'organicité (ou l'incapacité des médecins de l'époque à comprendre l'origine d'un symptôme).

L'hystérie, ou "passion hystérique" de GALIEN, se caractérise aussi bien pour lui que pour HIPPOCRATE par des suffocations, de l'aphonie, des convulsions, des spasmes, des douleurs bizarres.

Pour Ambroise PARE, dans son chapitre des "suffocations de la matrice", le premier symptôme est une palpitation du coeur suivie d'une douleur montant vers la gorge qui se serre ; d'autres fois, bras et jambes remuent comme chez les épileptiques avec grincement des dents. Ou bien, il y a perte du sentiment et du mouvement, ou extase avec sommeil "en sorte qu'il semble qu'on soit mort". Mais ce n'est qu'une mort apparente : tantôt la crise commence par un rictus, tantôt par un pleur, tantôt par les deux ensemble.

Thomas WILLIS, en 1667 rejette, comme son contemporain Charles LEPOIX, l'origine utérine. Mais il décrit des signes analogues : sensation d'ascension dans le bas-ventre d'une "sorte de globe" ; borborygmes ; efforts de vomissements, éructations gazeuses ; respiration inégale et gênée, suffocation dans la gorge, vertige, renversement et rotation des yeux, souvent rires ou pleurs, fabulation absurde, aphonie, akinésie avec aspect cadavérique, parfois mouvements convulsifs de la face et des membres. Ainsi voit-on apparaître dans cette description une précision nouvelle, la "fabulation absurde".

SYDENHAM, à la même époque (vers 1681), tente de se rapprocher de la vérité clinique. L'hystérie, pour lui, c'est la grande simulatrice : "un protée, qui prend une infinité de for-"mes différentes. C'est un caméléon qui varie sans fin ses cou-"leurs. Elle imite presque toutes les maladies qui arrivent au "genre humain ; car, dans quelque partie du corps qu'elle se ren--"contre, elle produit aussitôt les symptômes qui sont propres à "cette partie. Et, si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et "d'expérience, il se trompera aisément et attribuera à une mala-"die essentielle et propre à telle ou telle partie des symptômes "qui dépendent uniquement de l'affection hystérique". SYDENHAM n'entreprend pas de rapporter tous les symptômes de ce qu'il appelle l'affection hystérique. Ces symptômes en effet "ne sont pas seulement rn grand nombre et très variés ; ils ont encore cela de "particulier entre toutes les maladies qu'ils ne suivent aucune rè-"gle, ni aucun type uniforme, et ne sont qu'un assemblage confus "et irrégulier". Aussi se borne-t-il à prendre quelques exemples : il signale l'apoplexie se terminant par une hémiplégie ; les spasmes "qui causent au ventre une enflure qui est comme une grosse "boule" ; une palpitation de coeur si violente "que les assistants, "au dire du sujet, doivent entendre le bruit que fait le coeur en "frappant dans les côtes" ; les vomissements continuels ; les "accès de colique néphrétique enfin, qu'il est extrêmement diffi-"cile de distinguer des lithiases authentiques à moins que la per-"sonne n'ait eu peu de temps auparavant quelque violent chagrin". Un autre symptôme "qui est le plus essentiel de la maladie, et qui " en est presque inséparable, c'est une abondance d'urine claire "comme de l'eau de roche que les femmes hystériques rendent dans "l'accès du mal".

C'est sur ces données qu'on vivait encore en 1859 avec BRIQUET. Tout peut être attribué à l'hystérie, et l'on retrouve des observations de melaena hystérique, d'hémoptysies, de bulles, de congestion pulmonaire, d'oedème de la glotte, d'albuminurie, d'angine de poitrine, de tachycardie, d'hyperthermie ...

b) Le mérite de CHARCOT fut de refuser de se limiter à cette définition négative qui aboutissait à faire de l'hystérie la corbeille à papiers dont parle LASEGUE où l'on met tout ce qu'on ne sait pas où placer ; il tente de la définir en tant qu'affection autonome.

Aussi CHARCOT s'efforce-t-il de démontrer que l'hystérie est une maladie comme les autres, avec ses symptômes propres, précis, scientifiques, ses stigmates enfin. Ceux-ci définissent l'hystérie, telle que la conçoit l'Ecole de la Salpêtrière, et sont admis par de nombreux auteurs (GENDRIN - BRIQUET - GRASSET ...). Ils ne sont pas constants mais seulement très fréquents. Contrairement aux symptômes, il sont fixes, invariables, et se développent à l'insu du malade : seul, l'examen permet de les mettre en évidence.

Nous décrirons rapidement :

- Les anesthésies se caractérisent par leur disposition géométrique (en manchon), contrastant avec la topographie radiculaire. Elles sont segmentaires, habituellement totales, et, fait particulier, touchent aussi les muqueuses (anesthésie hystérique du fond de la gorge). Elles s'associent à des troubles sensoriels homolatéraux : perte du goût, de l'ouïe, troubles de la vue originaux. Les malades présentent une diplopie ou une polyopie monoculaire, un rétrécissement concentrique du champ de la

vision qui se manifeste soit au blanc, soit le plus souvent aux couleurs (dyschromatopsie).

L'ensemble peut réaliser des hémianesthésies sensitivo-sensorielles bien particulières.

- Les attaques hystériques sont déclenchées par la pression de zones hystérogènes qui penvent être en outre frénatrices, l'excitation provoquant ou arrêtant la crise.

Elles ont été étudiées sous l'influence des travaux de BROWN-SEQUARD qui, dans certaines épilepsies (qui seraient alors hystériques), provoquait des attaques par excitation de zones épileptogènes latéro-cervicales chez l'animal. Leur siège est variable : apophyses épineuses (WILLING et TURCK), ovaires et épigastre (CHARCOT), col de l'utérus (ROSENTHAL), appendice xyphoïde (BAILLIF), membres, tronc, tête (PITRES). Chez l'homme, la zone testiculaire remplace la zone ovarienne et la pression du testicule provoque ou arrête l'attaque. (observation de GRASSET à propos d'un cas d'astasie-abasie).

L'effort de systématisation de l'Ecole de la Salpêtrière s'étend au-delà de la recherche des stigmates à la description d'une forme typique de la crise d'hystérie. Elle s'oppose ainsi à l'Ecole ancienne, qui défendait le polymorphisme de la maladie. Pour elle, la crise obéit, comme l'attaque épileptique, à des lois immuables, présentant des phases qui se succèdent mathématiquement :

- L'aura inaugure l'accès. Elle comporte des hallucinations mais aussi des troubles de l'hymeur et du comportement ; elle dure de quelques minutes à plusieurs jours. Particulièrement évocatrice est la survenue de la boule hystérique, qu'elle soit pharyngée ou épigastrique, ascendante ou fixe.

- Puis s'installe la période épileptoïde qui est successivement tonique, clonique puis résolutive, et ferait croire à une crise épileptique si elle n'était suivie de la plus spécifique
- période des contorsions et des grands mouvements (clownisme), avec attitudes paradoxales et spectaculaires dont on trouve des représentations dans les Leçons du Mardi et l'ouvrage de RICHER.
- La troisième période est celle des attitudes passionnelles avec extase, langueur, violence, menaces, parfoir état oniroïde.
- La quatrième période dite de prolongation est essentiellement verbale et souvent délirante : hallucinations, zoopsies.

A côté de cette crise d'hysteria major se situent des formes cliniques, représentées par des aspects tronqués de la crise typique (attaque syncopale, de spasmes, épileptoïde, démoniaque, de contractures, de sommeil, de catalepsie....).

CHARCOT a donc eu le mérite de tenter le premier de circonscrire l'hystérie et de la définir. Les critèresqqu'il donne vont être peu à peu récusés : mais, avec lui, sera inaugurée une longue controverse qui à travers les conceptions pathogéniques multiples, se poursuit encore à l'heure actuelle.

Grâce à une observation très prudente des malades, BERNHEIM est parvenu à montrer que les fameux stigmates étaient créés artificiellement : la manière de questionner le malade, l'exemple, une réflexion, suffisent en effet à fausser l'examen et à susciter, du fait de la suggestibilité particulière de l'hystérique, l'apparition des signes recherchés. Il est donc établi que les

stigmates naissent sous l'influence de la persuasion. De là à dénier leur valeur, il n'y a qu'un pas, qu'il faut se garder de franchir. Les stigmates n'ont pas, en effet, la signification que leur attribuait CHARCOT et qui était celle de l'organicité de l'hystérie. Mais ils représentent une preuve non négligeable de la suggestibilité du sujet et, en pratique, un excellent élément du diagnostic. La possibilité, par une influence volontaire ou non, de susciter chez le malade l'allégation d'un trouble somatique apporte pratiquement la preuve du caractère hystérique des symptômes préexistants. Ainsi, Pierre MARIE, par exemple, retrouve les stigmates chez la presque totalité des hommes hystériques qu'il étudie.

Quant aux zones hystérogènes, elles sont démystifiées à leur tour. JANET montre ainsi que le malade réagit, non pas à la pression de la zone incriminée, mais à la représentation qu'il s'en fait, entrant en transe dès que l'examinateur approche sa main et non dès qu'il la pose ; la distraction supprime toute excitabilité : "ce ventre hyperesthésique était en réali-"té... anesthésique !".

La mise en évidence du rôle de la suggestion dans l'apparition des phénomènes hystériques conduit BERNHEIM et BABINSKI à deux conceptions à peu près opposées de la maladie.

Pour BERNHEIM en effet, tout ce qui est lié à la suggestion doit être éliminé. Il rejette donc non seulement les fameux stigmates mais les paralysies, mutisme, tremblement, l'hystérie se limitant finalement à la seule crise. Il s'agit de "crises d'apparence étrange , impressionnantes par leur allure, "convulsions, contracture, sommeil prolongé, strangulation et

"constriction thoracique". Celles-ci ne sont que l'exagération de la réaction qu'une émotion vive produit normalement chez tous, et sont liées à la présence d'un "appareil hystérogène" dont l'invocation ne fait que reporter le problème.

Une conception radicalement inverse conduit BABINSKI à faire de la suggestibilité la définition des troubles de l'hystérique. Il exclut progressivement du champ de l'affection non pas les troubles suggérés mais ceux qui ne le sont pas, c'est-à-dire qu'il s'attache surtout à séparer de l'hystérie les affections organiques. Il élimine ainsi les hémoptysies, melaena, hématémèses, la fièvre, les hémiplégies organiques ; il s'attache ensuite au problème délicat des troubles trophiques, à propos desquels ses idées évoluent de 1906 à 1917 et dont il finit par préciser la nature fonctionnelle mais non hystérique.

Il prouve ainsi de façon lumineuse tout ce que l'hystérie n'est pas, la définissant négativement. Il insiste en même temps sur le seul élément positif de la maladie : c'est le pithiatisme, dont la définition, justement célèbre, doit être reproduite. Il réunit des troubles "pouvant être reproduits par la suggestion "expérimentale qui, fait capital, est capable d'en déterminer la "force, l'intégrité, la durée". "Ces troubles sont susceptibles "aussi de disparaître, parfois instantanément sous l'influence "de la persuasion".

La participation volontaire est donc nécessaire au trouble hystérique : "Tout ce que l'hystérie, le pithiatisme est "capable de faire, la simulation peut le reproduire. Tout ce qui "est interdit à la simulation l'est aussi à l'hystérie". Cette définition fort séduisante répond à une conception d'ensemble de l'hystérie dont la suggestion est le facteur pathogénique nécessaire et suffisant.

Etude Clinique

Nous avons cherché dans cette étude à nous approcher de la personnalité hystérique grâce à l'étude des sujets masculins. Il était donc indispensable de préciser au départ les critères que nous adoptions dans le choix des symptômes. Cette définition nous paru le plus satisfaisante et c'est sur elle que nous nous sommes fondés pour choisir nos sujets.

Admettre la définition de BABINSKI amène à diviser en trois catégories les données de l'interrogatoire et de l'examen :

1) les symptômes objectifs classiques, que nous envisagerons brièvement,
2) les symptômes subjectifs : dont l'extension actuelle pose de nouveaux problèmes diagnostiques,
3) enfin les symptômes viscéraux que la définition que nous avons adoptée nous amène à exclure de cette étude.

---

1) Les symptômes classiques

Ce sont des symptômes objectifs qui affectent le territoire du système nerveux central. Ils représentent la quasi-totalité des observations d'hystérie avant 1918 et se rencontrent aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Ils ont en commun certains caractères :

- leur atypicité, tout d'abord : ils évoquent en effet des affections organiques, mais d'une façon grossière, approximative, outrée,

variant d'ailleurs avec la culture médicale du sujet et la manière dont il se représente l'affection qu'il imite.

- la variabilité, l'aspect paradoxal de l'évolution : ainsi les crises augmentent de fréquence sous barbituriques et la paralysie migre... A cet égard, de nombreux auteurs classiques (dont CHARCOT) signalent la relative stabilité des troubles chez l'homme. Cette constance paraît liée au caractère traumatique, qui entraîne la localisation précise des troubles au niveau du membre blessé.
- le caractère spectaculaire des manifestations est habituel. Il faut rappeler la phrase de RACAMIER touchant à l'impossibilité d'imaginer un hystérique seul sur une île déserte ! L'hystérisation des collectivités met en lumière la force de la suggestibilité, l'importance de l'imitation.
- leur bonne tolérance à la fois sur le plan somatique et sur le plan psychique, le malade n'ayant aucune inquétude du fait de sa maladie (ce qui l'oppose au malade psychosomatique et surtout hypochondriaque). Toutefois, nous verrons à propos de l'étude de la personnalité que la "belle indifférence" est loin d'être constante.

La fréquence de ces symptômes classiques paraît décroître : on rencontre de moins en moins de ces manifestations spectaculaires souvent ridiculisées : ainsi la comparaison des malades hystériques de la première et de la seconde guerre mondiale met en évidence la nette diminution des symptômes frappants. T. LEMPERIERE remarque que cette disparition de l'hystérie classique s'observe essentiellement dans les pays de civilisation

industrielle, et de niveau socio-culturel élevé. Les manifestations grandiloquentes se rencontrent encore avec fréquence dans les pays sous-développés, en Afrique du Nord (MANCEAU - LOUCAIEF), en Birmanie chez les Hindous (P.J.R. DAVIS 1945). L'auteur rappelle l'intéressante étude de H.J. MEYER mettant en lumière la fréquence accrue des formes massives d'hystérie dans l'armée russe par rapport à l'armée allemande. MEYER attribue cette différence à la nécessité pour les Russes de repousser l'invasion, le patriotisme ne rendant pas tolérable le carottage banal : il fallait donc, pour se soustraire au combat, alléguer une affection évidente; dans l'armée allemande au contraire, il aurait été plus facile d'éviter le combat en se plaignant d'un trouble mineur. La différence de symptomatologie entre les deux guerres est relevée par la majorité des auteurs, qu'il s'agisse de W. BERNSDORF (1942) ou de J. DEUSSEN (1944) en Allemagne, de J. SUTTER (1947) en France, de G. PADOVANI (1950) en Italie, de BRILL (1946) en Amérique.

En temps de paix, les manifestations spectaculaires semblent également plus rares. Cependant la comparaison des différentes statistiques montre à cet égard une grande discordance et l'on peut se demander si le médecin ne trouve pas ce qu'il cherche. Ainsi, un contrôle médical sévère, qui rejetterait impitoyablement les troubles légers, favoriserait-il l'apparition de manifestations majeures ; au contraire, la reconnaissance des troubles minimes suffit, ailleurs, au sujet, qui peut ainsi économiser la production d'affections majeures moins vraisemblables pour l'entourage comme pour lui-même.

La comparaison de la fréquence des différents symptômes somatiques est donc faite ici à titre d'information, plus que de statistique, le matériel n'étant évidemment pas comparable. Nous avons retenu seulement les études de l'hystérie masculine en temps de paix.

L'étude de PURTELL et ROBINS est précédée d'une revue générale de la littérature. Celle-ci comporte 154 cas, réunis à partie de : S.W. MITCHELL et W.G. SPILLET (1904), J.M. DA COSTA (1881), K.A. MENNINGER (1919), J. ZIPPEL (1895), K. KAUFMANN (1891), BATAULT (1885), A.P. SMITH (1882), S.M. FREE (1884), INGLE (1883), J. CAVAFY (1874) R. SAUNDBY (1881), J. RUSSELL (1882), C. MEYERS (1917), A.W. BLAIN (1907), H.J. FARBACH (1919), SAVILL (1889), etc... La presque totalité des observations a été publiée entre 1880 et 1914, période d'intérêt marqué pour l'hystérie masculine.

Il est intéressant de rapprocher cette statistique de celle que nous avons faite à partir des observations reprises par A. KLEIN (1880) et qui groupe 80 observations empruntées aux publications antérieures de différents auteurs dont nous ne ferons que citer : RAYMOND - BRIQUET - BRACHET - LOUYER-VILLERMDY - WILLIS - BREUILLARD - SYDENHAM - BILLOD - PETIT - WIDAL - CHAMBARD. On remarque la plus grande fréquence dans cette étude française de la "boule" hystérique et des troubles de la sensibilité, ainsi que des crises, mais on peut toujours invoquer la fameuse suggestibilité qui conduit l'hystérique, du moins à cette époque, à produire ce

que le médecin attend (stigmates). A l'heure actuelle, la comparaison de la statistique de PURTELL avec celle de LJUNBERG est bien décourageante : 53% d'astasie-abasie pour ce dernier, 0% pour le premier ; seulement des symptômes classiques pour LJUNBERG, pratiquement aucun pour PURTELL ! Les symptômes sont, pour LJUNBERG, ce dont le malade se plaint à son entrée. PURTELL au contraire, par un interrogatoire préétabli, recherche systématiquement l'existence de 60 symptômes. Bien qu'il ait ajouté à cette liste 4 symptômes impossibles, afin de tester la suggestibilité des malades, le seul fait de poser la question amène probablement des réponses plus nombreuses que n'auraient été les allégations spontanées.

TABLEAU I

POURCENTAGE DE LA REPARTITION DES DIFFERENTS SYMPTOMES HYSTERIQUES CHEZ L'HOMME

	% relevés par				
	Purtell	Klein	Purtell	Ljunberg	Nous
(ensemble de la littérature)		1880	1952	1957	1966
	154 cas	80 cas	38 cas	154 cas	53 cas
crises	50	76	6	25	48
astasie-abasie		3	9	53	9
paralysie	25	12	6	17	17
aphonie, bégaiement	10	5	6	6	15
cécité, diplopie, brouillard	10	12	50	3	13
troubles de la sensibilité	7	32	47	15	4
tics, tremblements	20	10	0	25	13
troubles de l'audition	10	3			
amnésie	6		19	15	2
"états confus"	8	4	13	9	3
somnambulisme	7	3			
dépression, asthénie	10	4	24		33
douleurs abdominales	22	4	47		
céphalées	27	15	68		2
dyspnée	14	10	47		
douleurs des extrémités	13				
vertiges	12	7	59		
boule hystérique	12	37	8		
vomissements	10	8	32		
lombalgies	9	5	59		2

Notre propre étude se rapproche donc des statistiques classiques et surtout de celle rapportée par PURTELL et ROBINS, sur 154 cas pris dans la littérature. Nos chiffres appellent quelques commentaires.

Ils ne nous semblent en rien être représentatifs : en effet, nous avons isolé uniquement les sujets présentant des symptômes de conversion classique et qui ont été hospitalisés en milieu psychiatrique (à l'exception de 4 d'entre eux), la plupart en service libre, 8 en service fermé. Il n'est donc pas étonnant que nous retrouvions ce que nous avons choisi, c'est-à-dire des manifestations suffisamment éloquentes pour qu'elles aient justifié une telle hospitalisation !

Il est bien évident que la faible fréquence de l'affection : 53 malades en 12 ans (1954-1966), n'est pas représentative. La majorité des hystériques ne parviennent pas aux psychiatres, mais s'intègrent dans le groupe de "fonctionnels" traités, souvent à contre-coeur, par les praticiens de ville qui n'en font qu'inconstamment le diagnostic, tant l'affection est parfois difficile à suspecter dans certains cas.

Ces réserves une fois formulées, comment se présentent à l'heure actuelle les symptômes classiques ?

Les tableaux que nous avons rencontrés nous semblent tout à fait superposables aux observations anciennes.

-Parmi les inhibitions de la motricité volontaire, nous retrouvons 5 cas d'astasie-abasie (9%), trouble qui se manifeste avec une remarquable fréquence au contraire pour LJUNBERG (53%).

Elle est assez rare également semble-t-il pour MANCEAUX, pour GUZE, pour LOUCAIEF (en milieu tunisien). Elle semble apparaître plus volontiers chez la femme (T. LEMPERIERE) où elle affecte une évolution chronique (durant des années). Dans nos observations l'astasie-abasie succède 2 fois sur 5 à un accident de travail. Dans tous les cas, elle touche des sujets frustes, de bas niveau.

- Les paralysies sont retrouvées 9 fois (17%) : il s'agit soit de monoplégie brachiale (5 cas), soit d'hémiplégie (3 cas), soit de paraplégie (1 cas). Elle sont survenues 3 fois à la suite d'un accident de travail, 2 fois après un accident antérieur analogue (mais l'organicité est éliminée cette fois de façon formelle).

Le caractére hystérique du trouble moteur est toujours évident d'autant plus qu'à l'examen la "paralysie" devient fréquemment opposition. On retrouve dans les hémiplégies le mode spécial de déambulation décrit par TODD. "Le malade traîne après lui "le membre paralysé comme s'il s'agissait d'une pièce de ma- "tière inanimée et n'exécute aucun acte de circumdiction, ne "fait aucun effort d'aucune sorte pour le détacher du sol ; pen- "dant qu'il marche, le pied balaye le sol".

A l'heure actuelle, les paralysies sont souvent isolées, contrairement aux observations classiques où elles sont quasi-constamment accompagnées de troubles de la sensibilité dans le territoire correspondant. Il faut sans doute expliquer cette évolution par le soin que l'on met actuellement à éviter de suggérer aux sujet quoi que ce soit (1 cas sur 9 d'association sensitivo-motrice). On retrouve chez nos malades l'influence de la représentation JANET a insisté le premier sur le rôle de celle-ci dans la

dans la production des symptômes hystériques en général, et des paralysies en particulier. Il rapporte l'observation d'un homme R., qui assiste à l'enterrement de son neveu qui a eu le bras coupé à la suite d'un accident de machine. Rentrant chez lui, il est atteint d'une monoplégie hystérique, qui paraît suggérée d'une manière totalement convaincante.

L'observation de notre malade Pit. (30) manifeste la même remarquable suggestibilité. Il s'agit d'un ouvrier de 30 ans, marié qui fit en 1957 une chute de bicyclette suivie d'une hémiparésie gauche. Celle-ci régressa en quelques jours. Quelle ne fut pas la surprise des médecins qui se réjouissaient de cette rapide guérison de voir alors apparaître une hémiplégie droite qui, contrairement à la première, s'accompagnait de contractures d'opposition lors des tentatives de mobilisation, sans que l'on ne retrouve aucune modification réflexe.

- Des troubles sensitifs ne sont retrouvés que dans 2 cas (4 %), fréquence proche de celle des auteurs classiques, ainsi que de LJUNBERG (15 %). Dans 1 cas, il s'agit d'une hypoesthésie accompagnant une paraplégie, dans l'autre d'une hémianesthésie "authentifiant" hystériquement une névralgie dont l'origine était probablement organique.

Peu d'études récentes ont traité ce sujet. TITECA, en 1948, reprit la séméiologie des anesthésies hystériques.

- Les spasmes et les contractures semblent avoir régressé. Bien qu'ils aient longtemps prédominé chez l'homme, il devient difficile d'en retrouver, même chez lui, des cas typiques, si l'on excepte la contracture qui peut accompagner les paralysies. La camptocormie par exemple, si fréquente pendant la guerre de

1914-1918, paraît très exceptionnelle.

Le seul cas de contracture hystérique que nous ayons observé est celui de Lef. (20) atteint depuis 7 ans d'un torticolis hystérique. L'examen rhumatologique conclut à plusieurs reprises à l'absence certaine d'élément organique, et la radio cervicale a pu être, grâce à la persuasion, obtenue en position normale de la tête : elle montre l'intégrité absolue de toutes les surfaces articulaires. L'existence d'autres manifestations névrotiques et d'autres symptômes de conversion confirme le diagnostic. L'achat de lunettesspéciales, adaptant son astigmatisme à son torticolis, empêche Lef., même s'il le voulait, de quitter son attitude penchée.

- Les mouvements anormaux, tics et tremblements existent chez 7 malades (13%) des cas), pourcentage proche de celui des autres statistiques masculines. Ils sont très variés dans leur forme, leur amplitude, leur siège, échappant à toute systématisation. Ils sont rarement isolés (1 cas de tics isolés entraînant l'incapacité professionnelle depuis 2 ans, 1 cas de tremblement isolé entraînant l'arrêt du travail depuis 6 mois chez un peintre). Dans les 5 autres cas, des crises hystériques sont associées, ainsi que divers autres symptômes de conversion. Ainsi le tremblement n'est - il le plus souvent qu'un élément d'une symptomatologie post-traumatique (avec paralysie du même membre) ou anxieuse (avec crises, asthénie, dépression, tentative de suicide) ou les deux à la fois. Rappelons le cas du malade de JANET, God., qui s'étant retenu par un bras au haut d'un échafaudage pendant 10 minutes conservait depuis 2 ans un tremblement de ce bras.

- Les troubles de la parole consistent soit en bégaiement, soit en mutisme absolu. Ils ont été analysés avec un grand intérêt au cours des dernières années. CARTER rapporte 9 cas d'aphonie post-émotionnelle chez l'homme (sur 29). Nous en avons observé 8 cas (15%). Il semble s'agir parfois d'une réaction très peu élaborée à une émotion violente, pouvant être suscitée par une menace et le symptôme est alors très facile à comprendre. Ainsi l'observation de Che. (6) : il s'agit d'un Nord-africain de 50 ans, terrorisé par les fellaghas. De la même manière, Djo. (12), 29 ans, refuse d'émettre un son depuis que ses compatriotes algériens l'ont menacé des pires atrocités "s'il parlait". Il s'agit ici de "réaction primitive" chez des sujets frustes et effrayés. Dans 3 autres cas, l'aphonie permet d'éviter au sujet d'occuper un poste dont il craint des responsabilités trop élevées : l'un ne peut plus dicter à ses secrétaires, un autre ne peut plus faire son cours.
Il n'est pas rare de retrouver un facteur de suggestion, souvent sous forme d'une angine ou d'une laryngite préalables, dont les avantages ont en quelque sorte mis le sujet "en condition" de présenter au moindre problème une aphonie hystérique.
De tels troubles de la parole paraissent brefs, ne passent jamais à la chronicité, obéissent à un but précis et sont généralement isolés sur le plan symptomatique. Mais le pronostic n'est pas meilleur pour autant cas les rechutes sont habituelles.
Sur le plan diagnostique, il n'y a guère de problème, tant le mutisme diffère de l'aphasie par exemple. Rappelons que pour CHARCOT le malade "est devenu incapable d'articuler un mot "soit à voix haute soit à voix basse" mais peut écrire "car si "l'aphasie motrice, silencieuse, règne ici d'une façon absolue

"la faculté de s'exprimer à l'aide de l'écriture est, par contraste, frappant, demeurée absolument indemne".

- Les troubles visuels, que nous avons rencontrés 7 fois (13%) s'opposent aux atteintes du langage en ce qu'ils sont fréquemment secondaires à un traumatisme minime. Rappelons l'observation, citée par GUINON, relatée par JANET, d'un sujet qui, ayant eu un grain de sable dans l'oeil, fut atteint de blépharospasme.

Chez nos malades, nous n'avons retrouvé ni diplopie ni polyopie monoculaire mais des amblyopies ou des cécités, souvent associées à un blépharospasme. Ici encore le facteur de suggestibilité évidente est habituel ; ainsi 2 de nos malades ont-ils une cécité post-traumatique qui imite la cécité authentique que présentent leurs camarades de travail atteints au cours du même accident.

L'évolution est désespérément chronique, d'autant que des pensions ne peuvent pas être refusées. L'"aveugle" reprend alors dans la maison familiale, auprès de la mère qui le soigne une position infantile et tous les espoirs pour l'amener à en sortir semblent vains.

De tels troubles, massifs et durables, paraissent presque l'apanage de l'homme, la femme ne se livrant qu'à des épisodes plus discrets et plus brefs au sein d'un ensemble de symptômes divers (T. LEMPERIERE). Pour l'homme, la cécité apporte des bénéfices secondaires importants : pension, estime sociale, dépendance totale, et semble représenter un moyen efficace de s'installer dans une attitude régressive.

Rappelons les études de nombreux ophtalmologistes ayant abouti à l'invention d'appareils permettant d'affirmer avec ertitude le caractère hystérique de la cécité. Ces appareils de contrôle utilisent des méthodes statistiques et prouvent que le sujet voit puisque, dans une épreuve visuelle, il commet beaucoup plus d'erreurs que le hasard ne lui en ferait faire, et se trompe donc volontairement (BRADY et LIND, GUILLAUMAT, MANN...)
Ces appareils n'ont qu'une valeur de contrôle, la simple attitude du sujet permettant de distinguer l'aveugle organique qui regarde devant lui de l'aveugle hystérique qui regarde à terre.

- La surdité, très fréquente en temps de guerre où elle représente la majoration hystérique d'une minime lésion organique, paraît rare en temps de paix. Nous n'en avons observé aucun cas.
- La cathiémophrénose (DELAY, LAURAS) n'a été observée qu'une fois chez un Nord-africain laparotomiphile. Elle est certainement fréquente dans ce milieu, favorisée par l'attitude des médecins qui redoutent toujours une complication ulcéreuse qu'il est impossible d'éliminer d'emblée. Le sujet au ventre gonflé qui se plaint de douleurs abdominales très vives ne peut être renvoyé chez lui : admis d'urgence, il sera automatiquement placé en observation, voire aspiré. Le risque est trop élevé pour qu'on se permette de méconnaître une indication chirurgicale.
Ces malades échappent probablement souvent au psychiatre et sont renvoyés chez eux quand la preuve est faite du caractère non-organique des troubles allégués.

La fréquence des crises demeure l'élément constant dans les statistiques classiques et modernes (à l'exception, comme toujours, de celle de PURTELL). Nous les retourvons chez 25

malades (48% des cas). Elles sont encore plus fréquentes pour A. KLEIN (76%), ce qui montre l'importance de ce symptôme, quasi-pathognomonique pour l'Ecole de la Salpêtrière.

La grande crise type CHARCOT, avec ses 4 phases successives, a pratiquement disparu ; ainsi se vérifient les critiques de BERNHEIM et BABINSKI montrant le caractère culturel de ces crises, copiées sur le modèle des crises d'épilepsie.

Cependant, si l'allure clinique s'est modifiée, le fait demeure. Si dans une consultation de neurologie, les crises d'épilepsie restent les plus fréquentes, le Professeur CASTAIGNE souligne qu'il n'en est pas de même dans les consultations de médecine générale où l'on rencontre avant tout des crises "névropathiques".

Le diagnostic de ces crises repose avant tout sur l'élimination de la crise comitiale et de la syncope, ce qui rejoint, ainsi que le montre LAPLANE, à poser le problème de la perte de conscience.

Les classiques, CHARCOT, BRIQUET, RICHER ..., considéraient que l'hystérique perdait réellement conscience au cours de la crise. BRIQUET s'exprime ainsi : "Dans la majorité "des cas, la perte de conscience succède très promptement ; elle "a lieu subitement, et à partir de ce moment, les malades ne "voient plus, n'entendent plus et ne sentent plus rien ; les exci- "tations, los brûlures, les piqûres, ne sont en aucune manière "senties, et quand après l'accès les malades sont revenues à "elles-mêmes, elles n'ont aucun souvenir de ce qui s'est passé".

BABINSKI a montré que la crise cédait à la suggestion (compression des zones hystérogènes par exemple), ce qui implique

que le malade ait conservé une part de lucidité. Pour lui, "le "sujet en pleine attaque d'hystérie et en apparence absolument "étranger à tout ce qui se passe autour de lui entend tout ce qui "se dit comme à l'état normal".

Pour les uns donc, les hystériques perdent réellement conscience ; pour les autres, ils simulent ; il est en fait possible que la suggestibilité qui leur permet, par exemple, de se croire "de bonne foi" aveugles ou paralysés les mène à s'imposer à eux-mêmes, inconsciemment, une perte de conscience qui serait alors comparable á certains états d'hypnose d'ailleurs faciles à provoquer chez eux.

Il est à peu près vain de tenter une classification de ces crises, qui peuvent affecter tous les types. BARUK, en 1944, a étudié le problème diagnostique de 83 cas de "crises nerveuses" chez l'homme. Il décrit :

1) Des crises de fureur ou d'agitation automatique, où le sujet conserve la coordination de sa motricité. Il demeure capable de se lever, de marcher, de briser la vaisselle... Cette crise est brève, habituellement suivie d'amnésie. Le sujet a littéralement perdu conscience, il "ne sait plus ce qu'il fait".
2) Des crises d'onirisme ou de somnambulisme, avec état de rêve, de désorientation, période confuse (on peut faire entrer dans ce cadre certaines fugues hystériques).
3) Des crises stuporeuses, caractérisées par l'inhibition, l'engourdissement psychique et la stupeur. Elles surviennent volontiers au cours d'états dépressifs, ou suivent les contrariétés.
4) Des crises cataleptiques réalisant un tableau d'engourdissement psychomoteur. Ce n'est, en effet, pas tant la conscience qui est

touchée ici que la volonté. Le sujet reste apragmatique, muet, atone, adoptant parfois des attitudes aussi spectaculaires que paradoxales (crucifixion). On assiste également à des manifestations de pathétisme avec sauts, grands gestes, théâtralisme.

5) Des crises dénervement qui respectent totalement la conscience et n'atteignent que la volonté. Le malade "ne se maîtrise plus" et s'abandonne à des décharges motrices et aux manifestations archaïques de ses pulsions instinctives. La défaillance du contrôle volontaire rend le sujet incapable de contenir ses réactions émotives.

Cette classification répond à ce que l'on observe aujourd'hui et nos malades se répartissent dans ces diverses catégories. Les crises s'étendent de la grande crise à la crise de nerfs en passant par la crise syncopale (AJURIAGUERRA

Si le caractère hystérique de ces crises peut être affirmé assez vite sur l'absence de perte de conscience vraie, le caractère capricieux et théâtral de l'aura, le riche cortège fonctionnel et les nombreux mouvements qui l'accompagnent, il paraît pourtant nécessaire de distinguer la crise hystérique des autres symptômes de conversion que nous venons d'étudier.

L'assimilation des crises aux autres manifestations de conversion était le résultat des travaux de CHARCOT et du problème diagnostique qu'il se posait avec l'épilepsie. C'est par ce biais seulement que la crise, qui n'était au départ qu'une réaction primitive de type archaïque à une difficulté, a pu se transformer dans l'esprit du médecin, voire du malade, en un symptôme "de conversion" c'est-à-dire portant le masque d'une affection organique dont

il fallait la distinguer. La crise nous paraît bien différente, dans son mécanisme, de la conversion qui suppose une élaboration inconsciente bien supérieure. La crise n'imite pas : c'est l'expression directe de pulsions instinctuelles qui se font jour en l'absence d'inhibition suffisante, sans que l'on puisse, à leur propos, se demander s'il y a simulation ou non. Le sujet en crise ne simule rien, il s'abandonne et régresse à un mode infantile d'expression.

On peut alors, dans cet esprit, opposer deux grands modes de crises hystériques.

- Les crises d'excitation.

Elles représentent de véritables tempêtes motrices dont KRETSCHMER a montré qu'elles étaient analogues aux réactions de l'animal terrorisé. "Dés que des excitations trop fortes "assaillent subitement l'adulte civilisé, sa couche phylogénique "supérieure est aussitôt paralysée et mise en échec ; la couche "directement inférieure s'adjuge la direction de tout l'appareil "moteur, la réflexion calme, c'est-à-dire immobile, fait place "à une tempête de mouvements d'essai instinctifs en surproduction".

Cet aspect se rencontre dans les crises émotionnelles pendant la guerre, au cours des catastrophes, des accidents ...

Chez l'hystérique, le seuil d'excitation est très bas : la réaction que déclenche un bombardement chez un sujet presque normal surviendra chez lui à la plus petite contrariété, révélant pour KRETSCHMER la suprématie des mécanismes hypobouliques tandis que la couche phylogénique supérieure de la volonté finaliste s'affaiblit d'autant.

De telles crises névropathiques sont assez proches des crises psychopatiques et certains leur dénient le caractère d'hystérie.

- Les crises d'hinhibition.

Elle s'opposent seulement en apparence aux premières. Ici le sujet semble se réfugier davantage dans une attitude proche de la maladie : angoisse, lipothymie, état de sommeil invincible. KRETSCHMER a montré que cette réaction à la panique par l'immobilisation était fréquente chez l'animal, et représentait, comme la crise d'excitation, un moyen archaïque de défense.

La crise hystérique nous paraît donc en définitive devoir être séparée théoriquement des mécanismes de conversion dans la mesure où l'expression du trouble se fait directement et sans qu'il y ait lieu de discuter la simulation. Cette séparation avait été proposée par BERNHEIM qui faisait de la crise, et d'elle seule, la manifestation directe de l'hystérabilité du sujet, qui n'est que l'exagération d'une émotivité retrouvée chez tous.

Faut-il dès lors considérer tout de même la crise névropathique (cris, pleurs, accès clastiques ...) comme une manifestation hystérique d'un type spécial ? Elle ne représente pas, comme la paralysie ou la cécité, un refuge dans la maladie, mais une abréaction directe d'une pulsion et pourrait être rangée avec les manifestations psychopathiques.

- Certains auteurs insistent sur cette distinction : WEISS et SPURGEON divisent l'hystérie en deux catégories : hystérie de conversion, provenant d'un transfert de complexes affectifs ou sexuels ; et hystérie anxieuse, qui se manifeste par des crises de nerfs, boules et réactions vaso-motrices.

Pour CATHALA, la crise nerveuse avec chute, gesticulation, sanglots et même contracture, n'est pas du domaine de l'hystérie. Elle doit être rapprochée des crises d'énervement, de colère, qui sont des manifestations d'impulsivité que l'on rencontre avec prédilection chez les déséquilibrés ou les épileptiques.

Pour AJURIAGUERRA, "les crises névropathiques "sont hiérarchiquement inférieures, par le fait de l'incapacité "fonctionnelle d'inhiber certains types de réactions motrices, mais "aussi par l'aspect primitif de la crise motrice elle-même".

- <u>Pour beaucoup; elles entrent au contraire dans le cadre des manifestations hystériques</u> :

Pour KRETSCHMER, elles en sont la caractéristique majeure ;

Pour DUBLINEAU, il existe un "terrain convulsif" qui associe colère, crises mystiques, états onirofdo-dysesthésiques et théâtralisme ;

Pour LAURAS, les "crises d'agitation psycho-motrice" sont bien hystériques, tout comme la crise de nerfs à la vue d'une souris, car "elles ont en commun leur ampleur, leur vio- "lence sans rapport avec leur objet, le caractère excessif "de chacun des gestes, leur forme volontiers théâtrale. "Elles expriment de façon démesurée des sentiments sans "fondements et des émotions sans nuances. Elles naissent "de peu de chose, comme si leur cause apparente n'était "qu'un prétexte, et disparaissent sans marquer autrement "la vie du sujet. Elles obéissent toujours à l'influence de "l'entourage, à l'ambiance créée par celui-ci et elles s'enri- "chissent de ses réactions".

La crise sera dès lors qualifiée d'hystérique non tant sur sa séméiologie propre que sur le terrain sur lequel elle survient, la manière dont elle est vécue par le sujet et le contraste entre l'intensité des manifestations et la modicité de la contrariété qui l'a engendrée.

Si le problème du caractère hystérique de certaines crises névropathiques se pose indéniablement, celui des états de "transe" collective est plus délicat encore. On considère généralement (YAP) qu'il s'agit de manifestations hystériques. Ces états de possession se rencontrent dans les sociétés à organisation tribale (Khasas de la région Cimgalyenne). Citons le Latah observé dans les races malaises, au Japon du Nord, chez les Aïnos, en Sibérie, et chez les Esquimaux ; il se manifeste par des tempêtes motrices avec écholalie et échopraxie.

MARS dénie le caractère hystérique de ces manifestations, dans la mesure où elles n'entraînent aucune rupture du sujet avec son milieu mais sont au contraire nécessaires à son intégration dans le clan.

La fréquence des crises chez les hommes hystériques ne nous paraît pas réduite, contrairement à l'opinion générale et à celle de KRETSCHMER pour lequel la crise, fréquente chez la femme et l'enfant, est rare chez l'homme adulte (ce que pense aussi AJURIAGUERRA pour lequel la crise mâle évoque souvent la simulation plus que l'hystérie). On doit admettre en effet que la crise est beaucoup mieux tolérée chez la femme et fait, à la limite, presque partie intégrante du stéréotype féminin. Il faut supposer que les sujets que nous avons observé ont une attitude particulièrement névrotique qui les amène à abandonner le stéréotype

viril pour régresser à une conduite infantile plus satisfaisante pour eux.

Au total, malgré les raisons théoriques de séparer les crises des autres troubles somatiques, nous les avons conservées dans le cadre des "symptômes hystériques" étant donnée la fréquence avec laquelle nous les avons rencontrées, souvent associées aux autres symptômes.

---

2) Les symptômes subjectifs

Ils doivent être distingués des symptômes objectifs dans la mesure où ils ne représentent pas une conversion somatique à proprement parler. Le sujet ne fabrique pas un symptôme, n'imite pas une maladie. Il se plaint seulement d'éprouver une douleur à l'exclusion de tout trouble objectif. Le problème diagnostique se déplace alors ; il devient impossible de se fonder sur le critère essentiel du symptôme objectif qui est l'exclusion de l'affection organique. Pour porter le diagnostic d'hémiplégie, d'anesthésie hystérique, l'examen physique seul suffisait et BABINSKI a suffisamment précisé les critères du diagnostic pour que celui-ci soit aisément porté.

Le symptôme subjectif au contraire comporte, en lui-même, peu d'éléments hystériques. Le diagnostic sera difficile et reposera essentiellement sur le terrain, c'est-à-dire la personnalité du sujet et son attitude à l'éagrd de son trouble, plutôt que sur

le symptôme lui-même. Il implique donc une définition préalable de la personnalité hystérique.

Dans cette étude, notre démarche est inverse : nos malades ont été groupés seulement parce qu'ils présentaient des manifestations de conversion somatique, sans que nous ayons tenu le moindre compte, au départ, du type de personnalité qui est justement ce que nous cherchons à définir. C'est pourquoi nous n'avons pas admis, dans cette étude, de sujet qui n'avait présenté aucune manifestation de conversion somatique.

Aussi les troubles subjectifs que nous avons rencontrés ne sont-ils jamais le motif de l'hospitalisation.

Cette attitude néglige une partie des faits. Il est certain que non seulement les algies sont fréquentes chez les hystériques, mais encore qu'elles représentent, surtout à l'heure actuelle, souvent le symptôme majeur. On observe en effet un élargissement progressif du cadre de la maladie. Les symptômes de caractère franc et théâtral se raréfient, sans doute du fait du progrès de la culture médicale et de la moindre tolérance des médecins à leur égard depuis les leçons de BABINSKI. Le diagnostic de l'hystérie dans sa forme classique est porté avec facilité, presque par l'entourage ; il comporte un élément péjoratif et ridiculise le malade. Or nul moins que l'hystérique n'est prêt à prendre le risque d'essuyer le ridicule, d'être démasqué et accusé brutalement de jouer la comédie. Aussi est-il rare que l'on rencontre, dans nos pays, les crises et paralysies majeures d'autrefois, si ce n'est chez des individus transplantés, frustes, illettrés, et soumis à une pression sociale ou familiale particulièrement forte.

Mais la rançon de la victoire partielle du médecin sur la "Grande Hystérie" réside dans l'extension de l'hystérie aux manifestations subjectives. S'il était nécessaire, au début du siècle, pour obtenir la réforme, ou une pension, de produire, à la suite d'un traumatisme éventuellement, une lésion d'allure grave, il devient suffisant, à l'heure actuelle, par suite du droit de tous à la maladie, d'alléguer une affection beaucoup plus vraisemblable, de caractère purement subjectif, et par là même incontrôlable. La définition de BABINSKI ramenant les troubles hystériques à ceux que la volonté seule peut produire reste toujours valable, mais il n'est plus nécessaire d'imiter pour obtenir, il suffit d'alléguer. Les manifestations "fonctionnelles", les algies rhumatismales, les céphalées, prennent la place des crises et des paralysies, majorant les difficultés diagnostiques. Ce n'est plus de mythoplastie qu'il s'agit, mais de mythomanie ordinaire.

La fréquence, parmi ces manifestations, de celles qui doivent être considérées comme hystériques, est impossible à apprécier en l'absence d'un recensement précis. Aussi rapporterons-nous les différentes publications à titre d'indication seulement : elles n'ont rien de comparable ; certains auteurs ne soulignent que les manifestations majeures, d'autres les recherchent systématiquement ....

DESCRIPTION CLINIQUE

SYDENHAM décrivait déjà les algies hystériques qui touchaient tous les organes, affectaient tous les modes. BRODIE décrivit "l'affection hystérique des jointures". Puis vint l'ère

des zones hystérogènes que nous avons déjà relatée. Tous les auteurs classiques envisagent des hyper-esthésies, des névralgies rarement isolées, généralement situées dans un ensemble de manifestations.

L'ouvrage écrit après la guerre de 14-18 par ROUSSY et LHERMITTE expose le problème des douleurs chez les soldats qu'ils observent avec une fréquence remarquable : "Un grand nombre de soldats de tout âge et de toute condition se trouvent immobilisés dans les hôpitaux, les ambulances et les dépôts d'éclopés, ou sont traités à l'intérieur pour des douleurs et des impotences fonctionnelles purement névropathique". Les plus fréquentes sont les plus utiles, c'est-à-dire celles qui siègent au membre inférieur et entraînent une impotence. Le plus souvent, de telles douleurs sont rapportées par le sujet à un traumatisme minime, à une petite blessure ; ailleurs, il s'agit du réveil d'une épine organique ancienne, d'ordinaire rhumatismale. L'état antérieur des malades paraît ne jouer qu'un faible rôle ; ces algies surviennent à tous les âges, affectent aussi bien les jeunes incorporés que les vieux territoriaux, les sujets sains que les sujets tarés. Les auteurs expliquent l'extension de ces douleurs par les circonstances particulières de leur survenue et le but convoité ; en effet, l'impotence douloureuse, qui eut été un motif insuffisant pour obtenir une pension, suffit à permettre un repos temporaire, une suppression provisoire du risque militaire. En outre, ne risquant pas d'être démasquée, elle représente une majoration tolérable pour un individu considéré jusqu'alors comme tout à fait "normal".

On retrouve des récits de douleurs hystériques chez l'homme dans tous les ouvrages classiques.

JANET cite le cas de Colin, chauffeur de locomotive. Il fut victime d'un terrible accident qui l'atteignit au ventre, et dont il guérit sans sequelles. Six ans plus tard, à l'occasion de violentes émotions : décès de sa femme, puis de son fils, il fut saisi de vives douleurs abdominales avec hyperesthésie et météorisme.

Dans les Leçons du mardi de CHARCOT, on ne note aucune observation d'algie prépondérante (sur 24) mais des céphalées associées à des états dépressifs, des douleurs avec tremblement ou paralysie.

WALTERS, en 1961, s'est spécialement intéressé à l'étude des douleurs hystériques. Il signale une proportion d'hommes analogue à celle que l'on retrouve dans les autres manifestations (30%). Un tiers des sujets lui a été adressé par des chirurgiens.

Les localisations sont les suivantes (sur 430 observations) :

- tête et cou : 40%
- thorax et membres supérieurs : 30%
- lombes et membres inférieurs : 25%
- tronc et dos : 13%
- organes génitaux et région pelvienne : 11%
- abdomen : 6%
- 2 membres d'un même côté : 6%
- les 4 membres : 2%

Pour cet auteur également, les douleurs ne sont pas isolées mais constamment associées à un déficit moteur, une hyperalgésie, une anesthésie...

WALTERS s'est donné comme propos de rechercher les algies ; il est intéressant de remarquer qu'il fait état de peu d'observations où la symptomatologie se limite cependant à elles. Par contre, l'étude de ROBINS et PURTELL en 1952 montre une étonnante prépondérance des algies en tant que symptôme somatique principal. Nous énumèrerons les motifs d'hospitalisation de leur 38 malades : lombalgies, céphalées, crampes grastiques, douleurs du bras droit, douleurs des jambes, fatigue excessive, somnolence au cours du travail, épuisement, maux de tête, bourdonnements d'oreille, cervicalgies...

Même si l'on discute la valeur statistique de ces observations, qui ne sont peut-être pas représentatives de l'hystérie de conversion de l'homme, on ne peut nier le fait : les seules manifestations hystériques qu'ont rencontré PURTELL et ROBINS furent des manifestations subjectives. Si on rapproche de ce fait la constance de l'intérêt matériel (100%) chez ces sujets dont 4 seulement étaient des civils (hystéries traumatiques) et 34 des militaires bénéficiant d'avantages nets du fait de leur affection, on voit apparaître un nouveau visage de l'hystérie. Il semble que celle-ci puisse aujourd'hui se limiter à des manifestations fonctionnelles, nécessaires et suffisantes dans certains pays pour obtenir un bénéfice matériel.

La constance de l'intérêt matériel chez ces malades peut avoir d'autres explications. Devant des manifestations aussi modérées il est possible que le diagnostic d'hystérie ne soit soulevé que devant l'évidence du but utilitaire ; en son absence au contraire, le malade serait considéré comme souffrant authentiquement ou, à la rigueur, comme "fonctionnel".

Les auteurs ont recherché de façon systématique la présence de 60 symptômes (outre ceux dont se plaint le malade et que nous avons cités dans le tableau I). Ils ont comparé les résultats à ceux de témoins comportant :

- 21 malades chroniques hospitalisés,
- 99 malades névrosés anxieux,
- 25 femmes hystériques.

Voici les chiffres qu'ils ont relevé.

TABLEAU II

SYMPTOMES	Hommes Hystériques %	Témoins %	Degré de signification (doit être sup. à 2)
céphalées	68	23	4
nervosité	68	15	4,7
insomnie	65	15	4,4
douleurs des extrémités	61	3	5,5
lombalgies	59	18	3,7
vertiges	59	13	4,2
dyspnée	47	8	3,9
palpitation	47	10	3,6
douleurs abdominales	47	26	2
nausées	47	13	3,3
paresthésies	47	3	4,6
brouillard devant les yeux	45	3	4,4
douleurs articulaires	42	3	4,1
vomissements	32	5	3
anxiété	26	0	3,4
dépression	24	0	3,2
anorexie	24	5	2,3
lipothymies	27	3	2,5
éjaculation précoce	20	0	2,8
amnésie	19	0	2,9
douleur dans le coït	17	0	2,6
indifférence sexuelle	16	0	2,6
crises	13	0	2,3

Tous ces symptômes sont donc significativement plus fréquents chez les hommes hystériques que chez les témoins, à 5% d'erreur près.

D'autres symptômes sont également fréquents, mais sans que la différence avec les témoins soit significative. Il s'agit de : cécité (5 hystériques/0 témoin), boule hystérique (8/3) aphonie (6/0), troubles des conduites alimentaires (21/8), constipation (18/8), diarrhée (13/3), modification du poids (18/5), somnolence (13/8), paroles pendant le sommeil (50/44), pleurs (13/3).

Nous verrons que la multiplicité de ces plaintes somatiques doit, pour certains, faire discuter le diagnostic d'hystérie lui-même.

Sans obtenir une telle prolifération de symptômes subjectifs, les autres auteurs notent pourtant leur fréquence. Mais, les symptômes subjectifs sont souvent associés à d'autres troubles objectifs.

Pour ZIEGLER, IMBODEN et MEYER, les symptômes mineurs ne permettent pas de définir l'hystérie de conversion. Comme nous-même, ils les ont donc négligés, en principe, en tant que critère diagnostique. On trouve cependant des douleurs (associées à d'autres manifestations) dans 50% des cas (75 sur 134). L'observation qui sert d'exemple est celle d'un homme de 60 ans, souffrant depuis 9 mois de douleurs abdominales si violentes qu'elles ont motivé une laparotomie exploratrice, d'ailleurs inefficace. Il s'agissait d'une réaction hystérique à des difficultés financières et professionnelles : expulsion du logement, perte de la situation, mort d'un parent cher. Leurs observations les amènent à distinguer deux groupes de malades : les sujets ruraux, d'une

part, frustes et d'éducation primaire, fabriquent des symptômes grossiers et frappants, dont le diagnostic est aisé, les citadins, au contraire, volontiers plus instruits, cultivés, présentent des symptômes très élaborés, d'autant plus vraisemblables que les malades sont plus au courant des notions médicales. Dans ce dernier groupe, entrent 2 médecins, 2 infirmières et 2 secrétaires médicales : l'une présentait des symptômes évoquant une sclérose en plaques, l'autre fut considérée comme porteuse d'une tumeur du 3ème ventricule ! Les auteurs font un parallèle très pertinent entre l'hystérie au XIX ème et au XX ème siècle et leur deux groupes "retardé" et "sophistiqué".

Ils se rangent à l'opinion de JANET, pui de BABINSKI, qui concevaient l'hystérie comme une maladie plastique, influencée avant tout par l'idée que le malade se fait de la maladie. La suggestion involontaire du médecin aboutirait à une imitation de plus en plus rigoureuse et vraisemblable, conduisant à des symptômes dont le caractère hystérique devient impossible à démontrer. Cette évolution se produit d'une manière identique à la fois au cours de l'histoire, et, sur le plan individuel, lors de chaque "mise en observation" d'un sujet intelligent. Cette conception rejoint celle de BALINT. Le médecin, pendant l'examen clinique de son patient, l'induirait peu à peu à présenter les symptômes qu'il recherche, lui communiquant involontairement sa conception de la maladie dont il cherche à établir le diagnostic.

Pour ZIEGLER, la douleur correspond à une représentation somatique d'un affect, selon la conception freudienne ; mais il s'agit d'un symptôme d'ur ordre différent de celui de la conversion objective, puisqu'ici l'appel à l'aide et le besoin

d'affection sont verbalisés directement. Cette forme particulière de demande hystérique paraît, dans leur étude, aussi fréquente chez l'homme que chez la femme.

ABSE (1959) considère que les algies apparaissent avec fréquence chez les hystériques.

Pour NOYES et KOLB (1958), ce serait, à l'heure actuelle, le signe prmordial.

Pour CHODOFF et LYONS, ces douleurs font partie des manifestations de conversion au même titre que les symptômes physiques. Cependant, ils donnent peu de détails cliniques concernant leurs malades, se réservant pour une publication ultérieure.

WESCHSLER (1947) admet également la prépondérance des signes subjectifs tandis que les signes objectifs perdent du terrain. "Les conversions hystériques sont actuellement extrême-"ment rares. Les paralysies hystériques sont devenues exception-"nelles en pratique civile. L'anesthésie, beaucoup plus rare que "certains ne le disent, peut parfois être retrouvée".

Devant ces manifestations algiques, quels critères d'hystérie pouvons-nous utiliser ?

La fréquence des manifestations subjectives est certaine. Les options semblent donc diverger non sur les faits, qui sont admis par tous, mais sur leur interprétation. On retrouve tous les intermédiaires entre deux attitudes extrêmes, l'une étant, comme PURTELL, de considérer les manifestations subjectives comme le symptôme principal à l'exclusion de tout trouble objectif (car il n'en a rencontré qu'un infime pourcentage non signifi-

catif), l'autre, étant d'exclure les algies du domaine de la conversion hystérique, position théorique qui n'implique pas la négation de la réalité des plaintes hystériques. Cette conception est défendue en particulier par CARTER (1949) qui élimine les troubles subjectifs du champ de l'étude pronostique qu'il poursuit. Il définit en effet l'hystérie comme une forme de psychonévrose dans laquelle un conflit d'ordre émotionnel est partiellement ou totalement évité grâce au développement d'un symptôme physique. Celui-ci peut même exprimer de manière symbolique la motivation présumée inconsciente. L'hystérie doit être distinguée des maladies psychosomatiques avec anxiété et de la simulation où la motivation est consciente.

Refuser d'admettre que l'hystérie puisse s'exprimer à l'heure actuelle par des troubles uniquement subjectifs paraît bien artificiel. Mais considérer une céphalée par exemple comme un accident de conversion (ce qu'elle est certainement dans certains cas) pose de délicats problèmes de diagnostic. Si l'on cherche à être objectif et à ne pas prendre en considération, au départ, l'attitude du malade, quels critères est-il possible d'adopter ?

Cette question est généralement résolue par la multiplicité des symptômes, le nombre excessif des plaintes somatiques devenant en définitive le critère du diagnostic d'hystérie pour des auteurs comme PERLEY et GUZE (1962). Ceux-ci ont dressé la liste des critères qu'ils exigent, à partir de 46 cas dont 2 hommes seulement :

- survenue avant 35 ans du premier épisode majeur,
- absence de cause organique,

- présence de 15 symptômes au moins, répartis dans 9 au moins des 10 groupes suivants :

1 - céphalées, malaise général,

2 - cécité, paralysies, anesthésie, aphonie, crises, trouble de la conscience, amnésie, surdité, hallucinations, rétention d'urine,

3 - fatigue, boule hystérique, lipothymies, faiblesse, dysurie,

4 - dyspnée, palpitations, anxiété, précordialgies, vertiges,

5 - anorexie, flatulence, nausées, fluctuations du poids, amaigrissement, intolérance alimentaire, diarrhée, constipation,

6 - douleurs abdominales, vomissement,

7 - dysménorrhée, irrégularités du cycle, aménorrhée, hypermenorrhée,

8 - indifférence sexuelle, frigidité, dyspareunie, grossesse mal supportée (vomissements),

9 - lombalgies, arthralgies, douleurs des extrémités, brûlures des organes sexuels, de la bouche ou du rectum,

10 - nervosité, peurs, dépressions, pleurs, irritalibité, pessimisme, idées ou tentatives de suicide.

C'est donc la variété des symptômes qui caractérise l'hystérie pour ces auteurs, et l'oppose par exemple à l'hypochondrie (dont les manifestations portent sur un seul registre). En cas de diagnostic non pas rétrospectif mais actuel, il faut exiger 25 symptômes.

Les auteurs nous démontrent la validité de ces critères puisque, après un intervalle de 6 à 8 ans, ils obtiennent la concordance de leur diagnostic dans 90% des cas : "Ce qui démon-

"tre que, lorsque le diagnostic d'hystérie repose sur des critè-
"res sérieux comme ceux qui ont été décrits ci-dessus, on peut
"prévoir que le même tableau clinique se retrouvera tout au long
"de l'évolution".

Ici donc la conversion somatique (groupe 2) ne suffit pas pour porter le diagnostic d'hystérie et la présence de nombreux symptômes subjectifs est exigée. PURTELL et ROBINS, reprenant ces critères, exigent pour leur part la présence de 18 symptômes.

Sans nier les résultats qu'obtiennent PERLEY et GUZE, c'est-à-dire la validité de leur critère, il est possible de discuter leur conception de l'hystérie et de se demander s'ils n'étudient pas plutôt ici des malades anxieux, hypochondriaques ou psychosomatiques.

Les malades dont nous avons étudié les observations ne répondent certainement pas aux critères précédents dans la presque totalité des cas ; la multiplicité des symptômes, que nous n'avons rencontrée de façon nette que dans 2 cas, nous aurait plutôt fait hésiter à porter le diagnostic d'hystérie. Si l'on se refuse à adopter la multiplicité des symptômes comme preuve de leur nature hystérique, quel critère peut-on proposer pour reconnaître la nature d'un symptome subjectif ?

Ce problème se pose fréquemment en clinique, surtout en cas d'expertise.

BERGOUIGNAN et DEMANGEAT, à Bordeaux, ont longuement étudié la position du psychiatre devant un symptôme de compréhension particulièrement délicate, la lombalgie chronique. L'examen médical est en effet généralement impuissant

tant à motiver qu'à rejeter le diagnostic : il existe presque toujours une cause possible -entorse ligamentaire, discopathie, arthrose vertébrale-, mais combien de sujets porteurs des mêmes lésions n'en éprouvent aucune souffrance ? Les lombalgies seront considérées comme psychonévrotiques lorsque, tenaces et rebelles, elles déconcertent à deux égards (selon LAYANI) "ou "bien par leur persistance insolite au-delà de la durée légitime "d'un syndrome lombalgique organique, ou bien par la discordance "entre le tableau fonctionnel et le bilan somatique". En pratique, il est dangereux d'attendre la persistance des troubles pour admettre leur nature pithiatique, car le traitement devient plus difficile quand les symptômes se sont fixés. De tels cas représentent environ 20% des lombalgiques pour LAYANI, 50% des malades traités en cure thermale pour DUPASQUIER (ce sont des hommes en majorité).

Pour les auteurs, 78 sujets étudiés se répartissent ainsi :

- 22 sujets hystériques ou hypochondriaques, assez souvent déprimés de surcroît,
- 22 cas de lombalgies isolées chez des sujets considérés comme normaux mais dont "l'étude globale de la personnalité en si- "tuation révéla des difficultés d'adaptation considérables au "milieu et aux situations vitales concrètes.....Les situations "conflictuelles furent assez vite mises en évidence par l'in- "terrogatoire psychiatrique".
- 34 sujets porteurs de lombalgies post-traumatiques, où se manifeste une disproportion entre la bénignité des lésions et l'intensité des phénomènes douloureux. Une quinzaine

d'entre eux "étaient des sujets actifs, dynamiques, de mus-
"culature athlétique, et discrètes tendances caractérielles.
"Tous étaient fiers auparavant de leur force physique. Le
"traumatisme lombaire paraît avoir pris chez eux une si-
"gnification profonde et très dramatique. Leur force virile
"leur paraît détruite, une impuissance sexuelle apparaît,
"le sujet se sent inutile, se traîne en ville sans fierté ou
"tourne en rond dans son jardin".

La fréquence de cet état, et le caractère si évidem-ment hystérique du recours à la maladie pour obtenir de la société et de l'entourage une compensation à la perte de la force, ressentie comme une blessure narcissique et représentant presque un équivalent de la castration, oblige à considérer ces lombalgies rebelles comme des équivalents de conversion hystérique.

L'observation de Bro. est à cet égard si éloquente qu'elle mérite d'être rapportée.

OBSERVATION 6 -

Bro. - 27 ans - forgeron a été examiné en consultation en 1962. L'année précédente il avait fait, en se rendant à son travail, une chute en solex. Hospitalisé quelques jours, il se plaignait à la sortie de douleurs lombaires et ne put reprendre son travail. Cinq mois plus tard, la persistance des douleurs fit porter l'indication d'une greffe vertébrale (bien qu'il n'y ait eu aucune fracture) Depuis cette date, Bro. s'est réfugié dans la maladie et a eu successivement : des douleurs avec impotence du bras droit ayant fait discuter une paralysie du circonflexe (durée de un an environ, aucun signe d'organicité), des douleurs cervicales accompagnées de céphalées, plusieurs états dépressifs, puis des douleurs du pied gauche empêchant la marche et représentant une majoration à la suite d'un léger traumatisme. De plus, une "boule" le gêne considérablement, empêche la déglutition : il a fait faire des radios digestives, craint d'avoir un cancer. Son caractère s'est modifié : il est devenu anxieux, effrayé par la plus petite responsabilité ou démarche à accomplir (aller à la sécurité sociale par exemple). Il devient violent avec sa femme et sa fille, a des crises de pleurs et d'irritation, avec brutalités.

A l'usine, qu'il ne peut quitter car ailleurs il n'aurait pas de poste doux, il se sent dévalué. A la suite d'une décision de son patron l'obligeant à travailler de nuit par roulement, il a été pris de violente crises névropathiques avec tremblements durant toute la nuit et refuse absolument de travailler à ce rythme, exigeant un certificat médical lui permettant de s'y soustraire.

Avant son accident, son existence s'était déroulée normalement. Il avait commencé à travailler à 13 ans, étant alors faible

et peu développé, objet de moquerie de la part de ses camarades. A la maison, existait une bonne entente avec des parents affectueux, 1 frére et 2 soeurs. A 17 ans, il se développe brusquement, devient très grand et très fort. De ce jour, sa vie change : succès dans les bals, à son travail "j'étais le plus fort". Admiré au service militaire, il se marie à son retour. L'entente est parfaite avec sa femme, douce et compréhensive. Il a une fille qu'il aime tendrement.

L'accident semble avoir eu des répercussions profondes sur son caractère. Il paraît avoir en quelque sorte, avec sa force physique, perdu sa virilité. Sa blessure est ressentie comme une castration. Depuis, sa puissance sexuelle s'est effondrée, il se sent dévalorisé à tous égards, est devenu anxieux, irritable, violent intolérant aux contrariétés.

Ici, les différents symptômes hystériques et en particulier la monoplégie brachiale ont succédé à un accident mineur mais très péniblement éprouvé le sujet. Il s'agit d'une hystérie de "compensation!"

De telles observations obligent à prendre en considération les douleurs hystériques, dont le diagnostic se pose, selon FROMENT (1937), dans les termes suivants : "Qu'est-ce qui, en "fin de compte, permet au médecin comme au chirurgien de correc- "tement interpréter une douleur sans la surcoter ou la dévaloriser ? "Comment départager l'élément physiologique de base et l'appoint "psychologique surajouté dont les proportions, dans l'un et l'autre "cas, diffèrent et s'inversent ? Un des meilleurs éléments d'appré- "ciation n'est-il pas, en dernière analyse, ce signe objectif de la

"sincérité qui est la correspondance exacte et pourrait-on dire sym-
"phonique, sans fausse note ni discordance aucune, de tous les mo-
"des de l'expression hvmaine : comportement, mimique, inhibition,
"stupeur, cris et, après coup, description et qualificatifs donnés ?"
Cette discordance est facile à percevoir, et vivement révélatrice.

Le plus caractéristique est, en définitive, l'incapacité fonctionnelle disproportionnée à l'acuité de l'algie (céphalées qui empêchent le travail intellectuel, lombalgie invalidante).

Ainsi donc l'exagération de l'expression douloureuse, le manque de vraisemblance des troubles décrits, leur caractère excessif, leur évolution paradoxale, obéissant peu aux normes, pourraient aider à évoquer l'hystérie.

Mais la subjectivité, la variabilité de tels critères, nous ont contraint, au terme de cette étude, à rejeter de tels malades de notre statistique afin d'être assuré que nos observations ne puissent être sujettes à caution.

Rappelons en effet, pour conclure ce chapitre, que pour R. MALLET : "La douleur pénètre dans le domaine de la "psychiatrie à mesure qu'elle apparaît disproportionnée à la "cause morale ou physique qui la détermine et qui, dans les cas "extrêmes, échappe même à nos investigations".

Parmi les symptômes subjectifs, il faut envisager, après les algies, l'étude des états amnésiques.

Dans leur mode aigu, en particulier sous forme de fugues amnésiques, ils sont bien typiques et représentent un aspect fréquent de l'hystérie en milieu militaire. Contrairement à la majorité des symptômes, ils semblent bien plus fréquents chez

l'homme que chez la femme :

- 15,6% d'hommes et 4,1% de femmes, pour LJUNBERG,
- 12,5% d'hommes et 3,8% de femmes, pour T. LEMPERIERE.

Celle-ci observe que les fugues amnésiques apparaissent chez les hystériques présentant par ailleurs des troubles du comportement et des traits psychopathiques.

Ces épisodes se caractérisent par :

- leur début et leur fin brutale,
- la courte durée de l'amnésie : quelques jours à peine, avec guérison spontanée,
- le caractère dissocié de l'amnésie qui sélectionne, pour les oublier, les traits désagréables ; parfois aussi l'amnésie est complète avec désorientation, perte des souvenirs et de l'identité,
- la tolérance remarquable de l'amnésie, qui paraît au contraire providentielle. L'auteur remarque encore que "ce n'est pas un "simple oubli mais un symptôme dont la fonction défensive ap- "paraît évidente : "ce n'est pas moi qui..."".

CARTER a observé 23 cas d'hystérie masculine. Il semble que ses malades évoluent de deux manières possibles :

- soit que l'épisode amnésique n'ait été qu'un accident isolé, pratiquement réactionnel à une situation militaire hautement conflictuelle,
- soit que les accidents se soient répétés chez des hystériques psychopathes.

A. KIERSCH décrivit en 1962, 98 cas d'amnésie en milieu militaire. Sous l'influence de la narco-analyse, 41 avouèrent la simulation, 16 persistèrent dans l'affirmation de l'amné-

sie. La guérison fut constante mais l'auteur parle plutôt de simulation que d'hystérie tant le bénéfice matériel lui paraît évident. On peut citer aussi les travaux de WEICKHARDT, WEINSTEIN.

Dans notre étude, nous retrouvons 5 cas (9%) toujours associés à d'autres troubles (crises, états dépressifs).

Les symptômes d'expression psychique groupent encore divers troubles, qu'il faut se garder de méconnaître, bien qu'ils soient relativement tombés dans l'oubli, si l'on veut éviter parfois des erreurs diagnostiques : il s'agit d'états léthargiques, crépusculaires, de troubles plus ou moins limités de la mémoire, enfin du classique syndrome décrit par GANSER en 1898 et qui a été étudié par CORRADO, ENOCH et IRVING, Mc GRATH et McKENNA. Il comporte des réponses du sujet soit à côté de la question, soit franchement absurdes. Il serait plus fréquent en milieu pénitentiaire où les sujets préfèrent adopter une conduite hystérique "active", même si elle est plus difficile à soutenir : l'attitude d'inhibition passive (mutisme, paralysie) isole le prisonnier de son entourage et paraît moralement plus difficile à soutenir.

Nous n'en avons observé aucun cas.

A côté de ces manifestations, qui se raréfient, notre étude montre au contraire la recrudescence des états asthéniques et dépressifs (17 cas : 33%).

Différents tableaux peuvent s'observer :

- Soit un état dépressif d'allure authentique chez un hystérique ; un tel aspect ne doit pas être négligé sur le plan thérapeutique.

Il fait souvent suite à l'échec de la conduite hystérique, à la démystification. Or, si la maladie était inauthentique, l'affect est réellement ressenti. CODET rapporte ainsi l'observation d'un malade, dûment guéri d'un pied tombant hystérique, qui se suicida quelques jours plus tard.

Il est important de ne pas méconnaître le conflit qui motive la réaction hystérique. Il est nécessaire de le prendre en considération, et de ne pas humilier le sujet. Les tentatives de suicide sont fréquentes ; elles sont loin d'être toujours théâtrales et il n'est pas toujours aisé de les prévenir. Les hystériques ne doivent pas être poussés à bout; plus qu'un chantage, ces tentatives sont parfoir le dernier moyen que le sujet peut mettre en oeuvre pour exprimer son besoin d'aide affective.

A cet état peut être opposée <u>la dépression hystérique</u> que caractérise au contraire son expression artificielle. C'est le domaine de la revendication infantile, menaçante, souvent associée aux crises. Ici, l'état dépressif est présenté par le sujet comme une réponse directe à une contrariété qu'il a subie.

LAURAS décrit la tentative de suicide hystérique (à distinguer de l'état dépressif réel qui survient parfois chez le sujet hystérique). Il s'agit donc d'une préparation : "dont la "mise en scène est spectaculaire mais la conviction douteuse, "car elle est réalisée de telle sorte qu'elle ne puisse entraîner, "sauf accident, une conséquence vitale ou fonctionnelle". Cependant une erreur de calcul, un accident peut survenir et il ne faut pas négliger les dites dépressions hystériques qui risquent parfoir de se terminer mal.

Ces états dépressifs peuvent être considérés comme hystériques dans la mesure non seulement où ils sont spectaculaires, mais encore où ils entraînent pour le sujet un bénéfice matériel ; en dehors de tout avantage affectif, dans la société actuelle, l'état dépressif justifie l'arrêt prolongé du travail, le départ en maison de repos...

On peut donc considérer ces dépressions comme des manifestations hystériques, des équivalents de troubles objectifs : mais ici, la part de conversion est infime, l'affect s'exprime, comme dans certaines crises, presque directement. Comme les crises, en effet, les implusions suicidaires sont violentes et liées à un manque d'inhibition, de volonté lucide. Il s'agit d'un chantage affectif, d'une démonstration qui est une sorte d'appel à la conviction de l'autre (puisque tu ne veux pas me croire, je vais me tuer, tu auras ainsi la preuve de ma sincérité et ma mort sur la conscience...). Par le suicide raté, l'hystérique vise, à travers l'apitoiement, à récupérer l'amour, l'estime, la considération. C'est une manoeuvre impérieuse de séduction.

Ce refuge dans la dépression peut donc légitimement être considéré comme un équivalent, dans la société d'aujourd'hui, du refuge dans la maladie par la conversion somatique. Il exprime la même revendication affective souvent peu consciente.

Enfin, il apparaît actuellement une <u>asthénie hystérique</u> prenant les proportions d'un véritable symptôme. Elle touche des sujets qui se plaignent de ne pouvoir travailler parce qu'ils ont "la tête vide, les jambes molles, et la poitrine oppressée". Ces état est maximal le matin au réveil, va en s'effaçant

au cours de la journée, s'accompagne d'apragmatisme, d'aboulie, d'une vague tristesse et se rapprocherait de l'état neurasthénique s'il ne paraissait utilisé par le sujet dans un dessein tout à fait utilitaire. La reconnaissance de cet état par la Sécurité sociale, la possibilité d'obtenir des arrêts de travail successifs, entraînent souvent le passage à la chronicité. Quant à l'angoisse qui, théoriquement, disparaît avec l'accident de conversion, elle nous a paru assez fréquente, à des degrés variables et difficiles à schématiser. Il est certain que la "belle indifférence" de CHARCOT est loin d'être la règle. L'angoisse est responsable de divers symptômes : boule, lipothymie, palpitations, dyspnée..., que beaucoup considèrent comme hystériques et qui nous conduisent à envisager

3 - Le problème des symptômes viscéraux : la frontière de l'hystérie et des accidents psychosomatiques.

Schématiquement, le problème est assez simple : l'angoisse et toutes les manifestations neurovégétatives qu'elle entraîne doivent-elles être rangées dans le cadre de l'hystérie ?

La Médecine psychosomatique s'oppose d'abord à l'hystérie par son individualisation récente. En l'absence de structure où les classer, il ne faut pas s'étonner si les auteurs classiques ont pu considérer comme hystériques des symptômes que les modernes rangeraient aujourd'hui dans le cadre des affections psychosomatiques.

Pour JANET, l'hystérie comportait des "troubles des instincts et des fonctions" :

- troubles des conduites alimentaires : avec spasme des machoires,

salivation et crachottement, tics de déglutition, vomissements,
- troubles respiratoires : polypnée hystérique, tics d'inspiration, hoquet, baillement, toux,
- troubles génitaux : impuissance, frigidité, grossesse neuveuse,
- troubles vasomoteurs : oedèmes, exsudations,
- troubles des sécrétions gastriques.

Avec BABINSKI, ces troubles échappent au domaine hystérique pour devenir des "troubles émotifs échappant à l'in-"fluence de la volonté". En effet, la volonté ne peut en fixer ni la forme, ni la durée, ni l'intensité. Il s'agit au contraire de l'expression organique de l'angoisse. Le premier, cet auteur a remarquablement isolé les troubles trophiques fonctionnels.

La conception freudienne fait intervenir la notion de conversion hystérique "saut mystérieux du psychique dans le "physique" qui sous-entend une croyance au dualisme soma-psyché. La problématique psychosomatique ramène invariablement à l'hystérie de conversion. Dès lors, les auteurs se séparent dans deux directions, tendant, ainsi que l'a montré J. P. VALABREGA, soit à restreindre soit à étendre la notion de conversion.

a) L'extension de l'hystérie au champ psychosomatique.

Elle exprime finalement une conception moniste selon laquelle le langage parlé (et la pensée) et la maladie (ou le mouvement) sont de même nature, l'être exprimant globalement ce qu'il est. Ce sont les études de physiologistes des centres nerveux qui ont contribué aux théories de GOLDSTEIN selon lesquelles l'organisme fonctionne comme un tout tendant vers une actualisation. Toute explication se fondant sur des processus partiels

est insatisfaisante et échoue à démontrer clairement le déroulement et l'enchaînement des fonctions de l'organisme.

Puis SELYE décrivit des maladies d'adaptation dont il démontra les composantes organiques, neurologiques et endocriennes (libération d'adrénaline par le système nerveux, puis d'hormone hypophysaire excitant la surrénale, la thyroïde).

Pour PARCHEMINEY, les phénomènes psychiques et somatiques doivent être deux aspects du même processus vital. Le dualisme cartésien lui paraît un apriorisme. Il n'y a pas de "saut mystérieux". Il se réfère en effet aux données apportées par la psychologie de l'enfant : tous les comportements de l'hystérique peuvent se rencontrer chez l'enfant normal de 6 mois à 4 ans (GRINKER, KUBIE). Aux premiers stades de l'évolution, il n'y a pas de différence entre psychique et organique. Ce n'est que au fur et à mesure du développement que la pensée, la volonté de l'enfant s'individualisent. Mais au départ, il y a identité entre deux versions d'un processus identique d'expression. Il n'y a pas de "conversion" parce que rien n'est convertible, l'affect et son expression symbolique à travers le corps sont une seule et même chose.

L'hystérie n'est donc pas liée à une conversion, mais à une simple régression de l'individu au stade d'indifférenciation primitif où le langage du corps est le seul mode d'expression. Il faut se référer aux travaux de WOLFF (1933), T. SIMPSON, S. SPIELREIN et PIAGET. Dans le psychisme indifférencié, les affects s'expriment au moyen des fonctions viscérales. Selon PARCHEMINEY donc, le symbolisme physiologique est un processus où signifiant et signifié sont identiques. Un spasme intestinal

par exemple n'exprime pas un sentiment d'angoisse, il est ce sentiment.

La suppression de la notion de conversion aboutit finalement à l'extension de l'hystérie (ou de ce qui en tient lieu) à l'ensemble de tous les états somatiques d'origine psychologique. "L'extension de l'hystérie aux syndromes fonction-"nels est justifiée. La liaison étroite entre les facteurs affec-"tifs, les tendances primitives et le système végétatif, et les "fonctions organiques nous font comprendre mieux qu'on ne "peut réduire le symptôme hystérique, si on lui donne comme "base un élément affectif, à des manifestations limitées unique-"ment au système nerveux de relation, comme veut le faire le "pithiatisme qui parle d'émotion en supprimant le côté d'expres-"sion de l'émotion".

Cette attitude est adoptée par la majorité des auteurs qui admettent au sein de l'hystérie des manifestations directes de l'angoisse.

MALLET étudie dans l'hystérie les "spasmes des "viscères de la vie de relation et de leurs sphincters" et parvient ainsi sous la dénomination de "vie de relation" à y situer la rétention urinaire ou la constipation. Il considère en effet que si cette motricité est généralement involontaire, elle est toutefois éducable, donc partiellement dépendante d'une activité consciente ; certains individus garderaient de leur enfance la faculté de contrôler exagérément leurs sphincters. Il cite FERENCZI : "L'éducation de l'enfant présuppose qu'il y ait un "contrôle psychique de certaines activités d'organes, activités "qui se déclenchent ensuite apparemment de manière automati-"qui ou comme des réflexes. Mais il s'agit en réalité d'automa-

"tismes sur commande, fonctionnant depuis l'enfance. Par exem-
"ple, le fonctionnement régulier des muscles sphinctériens et
"expulsifs intestinaux et viscéraux, l'endormissement et le réveil
"à intervalles réglés...".

L'utilisation de l'autonomie viscérale en vue de l'expression d'un refus (au lieu de verbaliser ce refus, ou d'agir de manière à surmonter le conflit) serait caractéristique de l'hystérie. "Il (l'hystérique) régresse alors, via le langage figuré, "jusqu'à certaines motricités viscérales qui sont justement, "dans le développement de l'enfant, à l'origine du langage figu-
"ré. C'est la motricité du tube digestif, dans ses fonctions d'ab-
"sorption et de rejet, qui est à l'origine des attitudes intellec-
"tuelles d'acceptation et de refus.".

Dès lors, les troubles dits "psychosomatiques" devraient tous faire partie de l'hystérie. La limite est subjective, toute la pathologie peut s'y insérer.

Ainsi pour SCHNEIDER, il faut considérer comme hystériques non pas seulement les symptômes classiques mais aussi divers troubles "fonctionnels", céphalées, algies, troubles digestifs, phénomènes allergiques, dystonie neurovégétative. Ces symptômes somatiques suffisent à faire parler d'hystérie s'ils surviennent sur un terrain névrotique. Dans les cas qu'il rapporte, le 1er comporte dysménorrhée et lipothymies, le 3ème céphalées et crises d'angoisse, le 4ème un état d'angoisse avec nervosité : il n'y a pas de symptôme plus évocateur. Le problème des limites de l'hystérie et des affections psychosomatiques paraît supprimé pour cet auteur ; le diagnostic est porté sur l'association de 2 de ces 3 éléments : attitude hystérique, symptômes somatiques divers et symptômes névrotiques.

Pour LAURAS encore, l'hystérie comporte tous les aspects cliniques : hoquet, vomissement, vertige, toux, dyspnée, angine de poitrine, constipation, aménorrhée, anorexie, vaginisme, dyspareunie, rachialgies, douleurs abdominales, insomnie.

KRETSCHMER lui même soutient les mêmes théories que PARCHEMINEY. "L'étage hypoboulique ne comporte pas encore "de différenciation entre les implusions volontaires et les méca- "nismes réflexes engendrés par les affects, entre les expressions "volontaires et les expressions affectives. C'est pourquoi, tant "qu'il se trouve dans le circuit hypoboulique, l'hystérique dispose "d'une gamme insoupçonnée de mécanisme réflexes inférieurs "pour accomplir ses tendances à la fuite et à la défense, méca- "nismes que, dans son état normal, obéissant à des impulsions "finalistes directes, il ne serait pas capable de mettre en mou- "vement ; au cours de tels états hypobouliques, il peut trembler, " vomir, se cyanoser, pâlir, tout cela avec une facilité et une " perfection qu'un sujet aux impulsions volontaires réfléchies et "déterminées ne peut atteindre".

b) La restriction de la conversion hystérique.

Le restriction de la conversion hystérique à un domaine qui lui est propre, a été l'oeuvre de ALEXANDER. Pour lui, les symptômes de conversion se localisent aux muscles volonraires et la névrose hystérique doit être distinguée de la névrose végétative. Dans l'hystérie, le symptôme exprime symboliquement un affect (et pourrait être déchiffré) ; dans la névrose d'organe, il s'agit de l'accompagnement viscéral d'un état émotionnel. La maladie ne doit théoriquement avoir aucun sens symbolique.

"La seule ressemblance entre les symptômes de con-
"version hystérique et les réponses végétatives aux émotions ré-
"side dans ce fait que tous les deux sont des réponses à des sti-
"muli psychiques.Leur psychodynamisme et leur physiologie sont
"foncièrement différentes".

ALEXANDER explique, dans les Principes de psychanalyse, que "c'est à tort que la théorie de l'hystérie de con-
"version fut étendue à tous les viscères fonctionnant sous con-
"trôle du système neurovégétatif. L'investigation des troubles
"gastriques, intestinaux, endocriniens, circulatoires, etc...,
"d'origine émotionnelle a montré que la psychodynamique de ces cas
"est essentiellement différente de celle des mécanisme de conver-
"sion". Il limite donc l'hystérie au champ de l'activité volontaire et l'oppose aux affections psychosomatiques. Cette distinction sera reprise par MONSALLUT : "La médecine psychosomatique
"n'étant pas la psychanalyse, elle doit lui abandonner d'abord
"l'hystérie de conversion qui est une conduite".

RACAMIER, dans une formule devenue célèbre, montre que l'essentiel est la manière dont le sujet vit son état de maladie : "Le trouble hystérique et l'affection psychosomatique sont
"la résolution de conflits par la voie corporelle et apportent tous
"deux les bénéfices secondaires de la maladie. Mais le corps est
"pour l'hystérique un instrument alors que pour le malade psycho-
"somatique il est une victime. Le premier parle avec sa chair, le
"second souffre dans sa chair".

Il est donc possible soit d'assimiler l'hystérie aux phénomènes psychosomatiques en niant qu'il se produise une "conversion le système moteur volontaire s'exprimant directement, tout comme le système végétatif, soit d'opposer fermement les deux notions en se référant finalement à ce que l'hystérie implique d'inorganique, voire de proche de la simulation.

c) D'un point de vue pratique.

L'opposition nous a paru justifiée sur le plan théorique ; on peut d'un point de vue génétique considérer le psychisme comme une différenciation tardive à partir de réactions purement automatiques. Mais ce monde psychique partiellement inconscient acquiert une autonomie suffisante pour qu'on ne puisse plus l'assimiler aux réactions organiques dont il est issu.

J. DELAY développe cette distinction : "Mais dans "ce cas (réaction psychosomatique) les mécanismes coordonnés "font partie des automatismes physiologiques acquis au cours de "l'évolution : une fois déclenchés, leur déroulement se fait sans "qu'intervienne aucun élément psychologique conscient ou inconscient, selon un strict déterminisme préformé et en quelque sorte "préfabriqué dans l'organisme. Ainsi la réaction d'alarme de "SELYE. Au contraire les intentionnalités inconscientes de "l'hystérie se situent sur le plan de l'automatisme psychologique " qui laisse subsister une part d'indétermination et en quelque "sorte de choix qui dépend de l'inconscient psychologique".

Si la théorie aboutit à une opposition schématique, certains faits cliniques obligent à nuancer cette distinction.

- l'évolution historique des symptômes dans le sens des affections

psychosomatiques a été développée par BRISSET : Il rappelle la disparition de l'hystérie entre la 1ère et la 2nde guerre mondiale, tandis que se développent les symptômes sous la dépendance du système nerveux autonome : ulcères digestifs, hypertension, colites.

Avec la culture, les manifestations hystériques collectives disparaissent. Le développement de l'autocritique s'oppose à l'expression spontanée des affects incontrôlés qui devient trop consciente pour se produire sans culpabilité. La "scotomisation" de l'hystérique devient impossible, "le refoulement des "symptômes succède au refoulement des pulsions". La répression médicale qui s'exerce contre l'hystérie transforme les caractères des symptômes. Le malade se trouve devant 3 solutions :

1 - produire des symptômes "inexpugnables" comme les douleurs,
2 - laisser apparaître des troubles du caractère ou des états dépressifs,
3 - refouler plus profondément encore l'affect producteur d'angoisse et dont l'affection psychosomatique sera la rançon.

L'hystérie et l'affection psychosomatique seraient donc deux manières de supporter une tension refoulée. Mais l'hystérie est la solution la plus économique, la satisfaction que procure la maladie alléguée permettant d'éviter que l'angoisse crée une maladie authentique.

De même que l'étude historique montre que ce sont les mêmes sujets qui aboutissent à l'une ou l'autre des deux éventualités, l'observation clinique montre l'intrication fréquente

des deux éléments chez un même malade. Dans plusieurs de nos observations on assiste à un balancement entre la survenue des accidents de conversion et celle d'accidents psychosomatiques.

OBSERVATION 7

Roe., 64 ans, professeur, est religieux laïc. Il est hospitalisé au service libre pour une aphonie hystérique. Celle-ci est apparue au cours d'une période de surmenage et de grance anxiété : accompagnant un groupe d'élèves en Allemagne, il devait à la fois assurer la discipline, faire des conférences, préparer des traductions, organiser matériellement le voyage.

C'est le premier épisode hystérique qu'il présente. Sa voix est son instrument de travail : ne pouvant parler, il échappe à l'obligation d'enseigner. Etre professeur l'angoisse. Il a le trac, peur d'être chahuté, de ne pas faire de cours brillants.

L'épisode de conversion a été précédé de nombreux épisodes infectieux brefs : angine, laryngites, bronchites qui semblent avoir été organiques. En outre, à l'âge de 5 ans, Roe. a eu un croup dont il garde le souvenir.

C'était un enfant anxieux, craintif, originaire d'une modeste famille de 12 enfants. Son père était boulanger. Elevé au milieu de ses soeurs, qui furent tour à tour placées comme domestiques, il fut attiré par la prêtrise et voulait être missionnaire ; on le lui refusa "car j'étais trop indépendant". Il accepta alors l'enseignement à contre-coeur.

Sa santé a toujours été mauvaise : rhumatismes, avec sciatique, alitements fréquents pour grippe, bronchites, ulcère d'estomac ayant évolué pendant près de 20 ans et entraînant des

des douleurs et des vomissements fréquents. Il faut noter qu'il s'est remarquablement bien porté pendant deux périodes seulement : au service militaire où il se rappelle avoir été très heureux et avoir grossi de 12 kilos, et pendant la guerre où il n'enseignait pas.

Il supporte très mal sa profession, se déclare las des querelles liturgiques, aspire à cesser d'enseigner, désire se reposer dans une maison de santé.

Il s'agit donc d'un sujet ayant présenté de nombreux troubles psychosomatiques et qui fit un épisode de conversion hystérique pour la première fois à l'âge de 62 ans.

OBSERVATION 8

L'histoire de Laf., 62 ans, est si longue que nous nous bornerons à montrer la succession des épisodes pathologiques.

Laf. naquit à Rouen, troisième de 7 enfants, fils d'un boulanger ruiné et dévalorisé et d'une mère dure et autoritaire qui le battait et ne lui témoignait aucune affection. Il garde de son enfance un souvenir pénible et évoque avec aigreur les difficultés financières constantes et le climat sans chaleur, avec querelles et coups.

Brillant élève, il est la proie à 14 ans de sa première crise hystérique, tremblements, vertiges, palpitations, anxiété.

Les crises se reproduisent régulièrement.

Des phobies se manifestent, agoraphobie, phobie des enterrements et des cimetières.

- A 20 ans, il sera réformé à cause de ses crises.

Il poursuit des études autodidactiques, B.E.P.C., Brevet Supérieur, apprend cinq langues.

- A 23 ans, asthénie et perte de force l'empêchant de marcher. Il se guérit seul, au moyen de pratiques mystiques. Il s'intéresse vivement aux sciences occultes, fonde la "société d'études psychiques du Havre" et réalise un "dédoublement personnel avec perception du corps astral"
- A 24 ans, début d'un ulcère d'estomac.
- Puis, il devient banquier, agent de change. Sa mémoire remarquable l'aide à réussir en Bourse.
- Il se marie à 30 ans, vierge. Sa vie sexuelle est difficile, il souffre d'éjaculations précoces. Il refuse d'avoir des enfants.
- A 31 ans, hémorragie digestive (ulcus duodénal).
- A 32 ans, retour des phobies et palpitations. Il se guérit par l'autosuggestion. Dès qu'il va bien : rechute ulcéreuse et melaena
- De 35 à 45 ans alternent des états anxieux et phobiques qu'il surmonte. Chaque amélioration psychique est marquée par la récidive des hémorragies digestives.
- Puis survient la guerre : il est enfin heureux, bien portant et délivré de ses angoisses. "J'avais un cran terrible, j'étais "comme libéré".
- Dès 1945, les troubles reprennent. En 1949, il est opéré de son ulcère. Il refuse de guérir, se prétend faible, reste à la maison, ne travaille plus, se fait nourrir à la cuillère par sa femme qui joue auprès de lui le rôle d'une mère avec plaisir. Elle l'entretient, le nourrit, le bat pour le faire lever.
- En 1957, apparaît un torticolis droit hystérique qui dure encore

aujourd'hui. Il s'accompagne d'épisodes de dysphagie. Actuellement les manifestations psychosomatiques et l'anxiété ont disparu totalement depuis 8 ans, tandis que les troubles hystériques paraissent devenir chroniques.

Les formes mixte, où les épisodes hystériques succèdent aux épisodes psychosomatiques, suggèrent une structure proche, le refoulement du psychosomatique étant seulement beaucoup plus profond que celui de l'hystérique.

Au total, la distinction nous paraît donc légitime, dans la mesure où l'hystérique exprime par un langage symbolique emprunté au corps un affect dont il se délivre, tandis que le malade psychosomatique cache son angoisse dont la maladie est une conséquence dépourvue de sens symbolique. Pour BRISSET, "on pourrait "dire que la somatisation apparaît dans son ensemble comme un "moyen de lutter contre l'angoisse, mais là où l'hystérique va de "l'angoisse au symptôme, le psychosomatique va de l'angoisse à "la lésion et à la mort".

L'hystérie et les affections psychosomatiques se situeraient aux deux pôles d'une chaîne de "somatisation". Le processus est graduel "de sorte que, en clinique, la recherche d'une frontière "entre hystérie et maladie est illusoire. La vraie question serait "plutôt celle de la "quantité" d'hystérie présente dans tel ou tel "syndrome".

En conclusion de cette étude clinique des symptômes hystériques il faut préciser quelques données.

• Les variations d'un sexe à l'autre .

Nous ne pouvons offrir de statistique comparative, n'ayant étudié que des hommes. Cependant des travaux de T. LEMPERIERE qui compare des hystériques des deux sexes et dont nous n'avons fait que reprendre les observations masculines, il ressort que les hommes présentent :

- moins de crises de nerfs, d'évanouissements (état crépusculaires), d'astasie-abasie, de diplopie, d'aphonie, de boule oesophagienne, de rétention d'urines,
- plus de monoplégies, d'hémiplégies, de tics, de contractures, de cécité ou de blépharospasme durables. L'épisode amnésique de quelques jours ne s'observe guère que chez l'homme.

Pour ROBINS et PURTELL, les hommes ont moins de symptômes (11) que les femmes (20). Certains symptômes sont plus rares chez l'homme : rétention d'urine, boule hystérique, variations de poids, troubles des conduites alimentaires, problèmes sexuels et crises d'angoisse. Par contre, chez l'homme, les troubles sont plus précis, plus sévères, plus démonstratifs.

Dans la statistique de LJUNBERG, on retrouve chez l'homme plus de paralysies (17% au lieu de 6%), plus d'amnésie (10% au lieu de 1%), plus d'aphonie (2,2% au lieu de 0,8%), moins de crises et d'astasie-abasie.

D'une manière générale, il s'agit de variations discrètes d'un sexe à l'autre. Globalement, l'allure clinique et la fréquence des symptômes sont équivalentes et aucun argument tiré de la clinique ne permet de séparer l'hystérie de l'homme de celle que l'on observe chez la femme.

- Les problèmes diagnostiques.

Nous avons tenté de montrer les problèmes que soulève l'accentuation des symptômes subjectifs et psychiatriques. La séparation théorique de l'hystérie et des accidents psychosomatiques nous a paru indispensable quoique parfois délicate. Ayant choisi de ne prendre en considération dans cette étude que les symptômes de conversion objectifs classiques, nous avons donc résolu aisément le problème diagnostique, notre étude étant donc amputée d'une partie probablement importante des sujets hystériques.

Nous avons tenté de montrer les problèmes que soulève l'accentuation des symptômes subjectifs et psychiatriques. La séparation théorique de l'hystérie et des accidents psychosomatiques nous a paru indispensable quoique parfois délicate. Ayant choisi de ne prendre en considération dans cette étude que les symptômes de conversion objectifs classiques, nous avons donc résolu aisément le problème diagnostique, notre étude étant donc amputée d'une partie probablement importante des sujets hystériques.

II - LES MECANISMES PATHOGENIQUES DE LA CONVERSION HYSTERIQUE

° ° °

Après cette étude historique et clinique des symptômes hystériques d'où ne ressort aucune différence notable entre l'un et l'autre sexe, nous nous proposons d'envisager les différentes conception pathogéniques de la maladie. Il est en effet fréquent de voir certains auteurs, conscients de l'importance du bénéfice matériel chez l'homme, rejeter la possibilité d'hystérie masculine ; il s'agirait de simulation, la femme gardant le bénéfice de l'hystérie.

Diverses conceptions pathogéniques s'opposent ; mais aucune d'entre elles ne paraît correspondre plus particulièrement aux faits que l'on rencontre chez la femme. Chez elle aussi, la simulation a été discutée et, si elle doit être rejetée, il n'y a pas de raison de distinguer la position des deux sexes à cet égard.

De l'analyse du mécanisme de la conversion hystérique il est possible de dégager trois courants d'opinion principaux :

1 - L'hystérie est une maladie organique liée à un trouble physiopathologique. Il existe une altération dans le fonctionnement, soit de centres corticaux, soit du mésodiencéphale, soit du neurone lui-même.

2 - L'hystérie n'existe pas et se résume à la simulation.

3 - L'hystérie est une maladie autonome, sans substratum organique décelable mais psychogénique. Elle peut être analysée soit en termes psychologiques, soit en termes psychodynamiques.

1 - L'hystérie, maladie organique.

Cette théorie a été défendue par les classiques avant mais surtout avec CHARCOT. Celui-ci croit à un déterminisme pathologique de la maladie par analogie avec les maladies nerveuses et non à un simple déterminisme biologique de la personnalité du sujet (conditionnement héréditaire par exemple).

a - La lésion anatomique diffère selon les auteurs.

SOLLIER, en 1907, envisage une théorie corticale de l'hystérie. Elle serait provoquée par une sorte d'engourdissement ou de sommeil de certains centres cérébraux ; la lésion causale consiste en spasme des artères cérébrales. Le retour de proche en proche de la sensibilité lors de la guérison des anesthésies hystériques témoigne du caractère physiologique de la récupération. Ainsi "les hystériques confirmés ne sont que des "vigilam-"bules" dont l'état de sommeil est plus ou moins profond, ou "plus ou moins étendu".

PAVLOV a de l'hystérie une conception assez proche. Il s'agit pour lui d'un trouble de la réflexologie, qui a été étudié sur le plan électroencéphalographique par TITECA. A l'origine se situe une inhibition corticale qui induit la libération des

centres sous-corticaux. Ceux-ci sont les centres de réflexes inconditionnés, réagissant à des excitants absolus (affects,émotions), et communs à l'homme et à l'animal. A l'état normal, ils sont inhibés par les centres du cortex cérébral, siège des réflexes conditionnels acquis et temporaires. L'affaiblissement de cette zone corticale entraîne la libération des réflexes primitifs et l'absence de contrôle, l'émotivité et l'impulsivité de l'hystérique dont le comportement doit être alors rapproché de celui de l'animal. "A la place d'un fonctionnement coordonné de nos "trois systèmes de réactions, nous avons, dans l'hystérie, leur "désunion, la disparition plus ou moins complète de leur hiérar- "chie naturelle, laquelle hiérarchie constitue notre personnalité "saine, l'intégration de notre moi".

JACOB (1923)défend le même type de théorie corticale. Il attribue l'hystérie à une insuffisance fonctionnelle de l'écorce cérébrale.

BOSCHI (1923) évoque l'adynamie du psychisme supérieur avec exaltation secondaire des centres primitifs.

WIMMER (1926) met en cause une souffrance cérébrale.

PAPASTRATIGAKIS (1928) considère que l'insuffisance de l'activité psychique supérieure est responsable de la violence des réflexes émotionnels.

b - Pour d'autres auteurs, la lésion initiale n'est pas une inhibition corticale mais une hyperexcitabilité spontanée des centres sous-corticaux.

Pour VOGT (1919), la lésion siège dans la région

thalamo-striée.

Pour BUSCAINO (1920), la stimulation émotionnelle excite directement le centre hypothalamique.

Pour MEIGE, l'hystérie est l'effet d'une idée fixe dominante, qui produit une rupture, passagère et fonctionnelle, des connexions entre les centres moteurs mésocéphaliques et les centres corticaux inhibiteurs. Cette altération fonctionnelle des voies cortico-sous-corticales inhibitrices est analogue aux altérations anatomiques qui amènent la libération des centres sous-corticaux et leur fonctionnement autonome, comme celles des mouvements choréiques par exemple.

MARINESCO, travaillant dans le même sens que PAVLOV, déplace la lésion primordiale de l'écorce vers les centres sous-corticaux. Les deux auteurs supposent une perturbation finale de la production et de la fixation des réflexes conditionnels. Mais, alors que, pour PAVLOV, l'insuffisance de l'inhibition corticale explique la libération, pour MARINESCO, l'hyperexcitabilité sous-corticale est primitive.

Cette théorie est née d'un parallèle avec l'encéphalite épidémique. RADOVICI, de la même manière (1937), assimile à peu près l'hystérie aux états hystéroïdes post-encéphalitiques. L'hystérie serait suscitée par un automatisme diencéphalique dû à une désintégration cortico-nucléaire passagère tout comme le syndrome hystéroïde post-encéphalitique est lié à la rupture des connexions de la région opto-striée avec l'écorce cérébrale qui assure le contrôle à l'état normal. La lésion organique n'est pas d'origine vitale comme dans l'encéphalite mais due à la fragilité de certaines voie nerveuses cortico-nucléaires d'association :

elles sont sensibles au moindre traumatisme, à la plus légère infection, à une émotion même, qui agirait par l'intermédiaire des perturbations vasomotrices. Dans l'hystérie les lésions sont minimes et réversibles.

Une conception analogue était défendue en 1935 par VAN BOGAERT au Congrès de Neuropsychiatrie de Bruxelles. Pour lui, l'essentiel du trouble hystérique réside dans "une fragilité particulière de toutes les fonctions d'intégration telle que, "sous l'effet d'émotions pour un sujet sain subliminales, se réalisent chez lui des dissociations neuronales". Il rapproche la crise hystérique des troubles diencéphaliques : ce sont essentiellement des automatismes moteurs dépendant des centre mésocéphaliques. "La crise hystérique emprunte en réalité sa "morphologie à toute une série d'hypercinésies authentiquement "organiques et cela, non par imitation spontanée ou suggérée, "mais parce que les mouvements répondent à des automatismes "préexistants et profondément intégrés dans l'appareil cérébral".

Pour KRETSCHMER, aussi, la lésion primitive est organique. Tout comme les réflexes neurologiques de défense, inhibés à l'état normal par le contrôle cortical, sont libérés lors des atteintes du faisceau pyramidal, les mécanismes archaïques de défense, localisés à la base du cerveau, peuvent être émancipés du contrôle cortical, ce qui amène le retour à un mode infantile de réactivité.

c - BARUK met en cause des lésions organiques plus diffuses. Il admet la séquence psychologique, la "pseudo-simulation qui "n'est volontaire qu'en apparence". Mais, "l'inhibition de la mise

"au point ou du contrôle volontaire apparaît ici comme la consé-"quence d'une perturbation du système nerveux, subie par le ma-"lade, et non créée par lui". Le trouble moteur témoigne de l'inhibition de la fonction psychomotrice ; il le démontre par des études ergographiques et électromyographiques (1935). Ces perturbations sont causées par des modifications du débit circulatoire sous l'influence de spasmes vasculaires se produisant avec une grande facilité chez l'hystérique à l'occasion d'une émotion.

Pour CLAUDE (1907), le fonctionnement primaire est neurobiologique et consiste en une susceptibilité spéciale aux émotions, c'est le "névrosisme" responsable de la "psycho-névrose émotive".

De l'étude de ces théories organiques ou organo-dynamistes, se dégage une conception générale. Les auteurs ont, dans l'ensemble appliqué à la physiopathologie du symptôme hystérique un modèle neurologique. Avec quelques variantes, leurs opinions se réduisent à l'autonomie d'un centre sous-cortical. A l'état normal, celui-ci est stimulé par le cortex. Chez l'hystérique, l'hypersensibilité du système sous-cortical s'explique soit par une excitabilité spontanée soit par un défaut d'inhibition (que ce soit le centre cortical ou les voies d'association sous-corticales qui soient en cause). La lésion doit être suffisamment discrète pour expliquer la réversibilité des troubles.

Cette conception, rigoureusement décalquée sur la pathogénie des lésions post-encéphalitiques, rend compte des répercussions considérables qu'eut, sur l'esprit des psychiatres, l'apparition d'états hystéroïdes. Il faut en rapprocher les états

hystéroïdes observés par DELAY au cours des traitements neuroleptiques. Le problème de la "conversion hystérique" se trouve ainsi résolu par l'élimination du facteur psychologique ; la "complaisance somatique" ne fait qu'utiliser des schèmes organiques préétablis, plus ou moins dissociés de leur connexion avec les centres supérieurs inhibiteurs, ou plus ou moins excités par les perturbations organiques que crée l'émotion sur ce terrain méiopragique de l'hystérique.

Signalons que ces théories ont été vivement controversées. Nous citerons, par exemple, l'opinion de VALLET qui résume assez bien les différentes critiques :

"Nous avons peine à concevoir une base physiopathologique, un "trouble neuronal même fonctionnel, qui puisse disparaître, et "parfois de façon instantanée, à la seule invigoration. Toutes les "recherches électroencéphalographiques, neurologiques, liqui-"diennes, réflexologiques, n'ont rien montré de bien péremptoire. "Nous pensons que la manifestation hystérique ne peut être que "psychogénétique. Que l'individu ne soit pas capable de devenir "hystérique, c'est là un autre aspect du problème, mais le symp-"tôme lui-même n'est pas, ne peut pas être à conditionnement "physiopathologique".

La possibilité cependant d'obtenir la guérison d'états hystériques sous l'influence de thérapeutiques pharmacodynamiques créant par exemple un choc amphétaminique représente pourtant un argument en faveur des théories organiques. J. DELAY insiste sur l'importance, dans la guérison, de l'émotion violente, quel que soit le contenu psychologique ; il tente de rapprocher les

différentes opinions dans une conception globale évoquant "l'ana-"logie possible du mécanisme central, commun à des techniques "physiques et morales en apparence opposées" dont l'émotion, aigissant en tant que phénomène cérébral, serait le facteur commun

2 - A l' opposé, certains auteurs nient, non seulement que l'hystérie puisse avoir un fondement organique, mais qu'elle puisse avoir une base psychogénétique : l'hystérie se réduit à la simulation.

Il faut préciser tout d'abord qu'assimiler le symptôme à une pure mise en scène n'entraîne pas forcément la négation du phénomène hystérique (H. EY par exemple). En effet l'attitude névrotique (que nul ne songe à méconnaître) réside alors, non dans le mécanisme de production du trouble mais dans l'attitude de la personnalité qu'implique le recours à la simulation : ce comportement est d'autant plus pathologique qu'il est moins adapté à son objectif et que le bénéfice paraît plus disproportionné avec les moyens mis en oeuvre.

Pour l'un des principaux défenseurs actuels de l'assimilation de l'hystérie à la simulation, R. VALLET, "c'est dans "le désarroi postulé par le choix irrationnel d'une attitude entêtée "et souvent puérile qu'est la névrose".

Ramener la production du symptôme à la simulation n'implique pas absolument la négation de l'hystérie.

De nombreux auteurs ont été impressionnés par l'allure de sincérité du malade ; ils tentent de résoudre alors le

problème en parlant de "semi-simulation", "simulation de bonne foi", "simulation involontaire" ou "simulation inconsciente". Aussi est-il indispensable de recourir à la définition de la simulation telle que l'a établie BALLET : "Troubles subjectifs ou objectifs "imaginés par le sujet dans le but d'induire volontairement et "consciemment le sujet en erreur".

Pour BOISSEAU, la simulation est seule en cause. "L'accident pithiatique n'est pas autre chose qu'un accident si- "mulé volontairement dans l'intention de tromper et dans un but "intéressé". Il en voit la preuve dans le fait que le sujet, une fois seul, abandonne son comportement mensonger alors qu'il le poursuivrait s'il était sincère.

Mais la réalité de cet argument est mise en cause par COSTEDOAT par exemple qui remarque au contraire à propos des hystérique que "lorsqu'on les surveille à leur insu, on ne note pas "en eux ces changements d'attitude qui, parce que le médecin est "absent rendent au membre paralysé la libre disposition de ses "mouvements et qui ramènent l'impotence habituelle dès que la "surveillance se fait sentir à nouveau".

Cet exemple de divergence met bien en lumière ce que le critère d'hystérie à de subjectif : le tenant de la simulation prendra pour exemple le sujet le plus évidemment simulateur qu'il observera, démontrant ainsi que l'hystérie se réduit à la simulation ; son adversaire rejettera au contraire le même malade du groupe des hystériques en le taxant de simulateur.

Ces difficultés n'avaient pas échappé à BABINSKI . Bien qu'il refuse de considérer l'hystérique comme un simulateur, il a conscience du caractère intuitif de ce jugement et développe les arguments en faveur de la lucidité du sujet. "Dans

"toutes sortes de circonstances, l'hystérique se comporte comme "s'il était en partie maître de sa maladie, et comme si sa sincéri- "té n'était pas absolue. Contrairement à l'épileptique, il n'a guère "d'attaques que dans des lieux déterminés ; il sort presque toujours " sans s'être contusionné de crises clowniques qui ont épouvanté "l'entourage ; en proie à des hallucinations terrifiantes, il ne co- "met pas, à la manière d'un alcoolique halluciné, d'actes dange- "reux pour lui ; atteint d'une anesthésie thermique, en apparence "très profonde, il ne sera pas, comme les syringomyéliques, "exposé à se brûler... Tout ceci rapproche l'hystérie de la si- "mulation et j'ai l'habitude de dire que l'hystérique est, en quel- "que sorte, un semi-simulateur". BABINSKI reconnaît que ses seuls arguments sont d'ordre moral. Tenter de faire la part du vrai et du faux lui semble un problème difficile à résoudre, exclusivement fonction des circonstances : aucune règle générale ne peut être établie.

Un des psychiatres qui s'est le plus intéressé à ce sujet, DUPRE, déclare, lui aussi, éprouver les plus grandes hésitations à répondre avec certitude ; pour lui, l'activité mythopathique est consciente et volontaire dans certains cas mais non dans d'autres ; bien plus, chez le même sujet, des variations peuvent se produire à certains moments.

JANET reconnaît également qu'il ne fait crédit à l'hystérique que sur la foi d'une impression personnelle. Il admet l'existence d'arguments objectifs plaidant en faveur de la simulation. Ainsi décrit-il Renée: "Au moment le plus violent "de ses crises, elle pouvait interrompre ses comédies, ses "injures, et me dire, du ton le plus convenable "je vous en prie

"restez, cela va finir bientôt". Immédiatement, changeant de "ton, elle recommençait à m'injurier... Elle disait en pleurant : ""ce qui me rend le plus malheureuse, c'est que je crois le faire " exprès et pourtant j'ai horreur de tout cela" ".

Pour KIERSCH, l'étude de 98 cas d'amnésie conduit à parler de simulation, car beaucoup de sujets avouent, sous narcose leur supercherie !

Pour ROBINS et PURTELL, 26% des malades étaient suspects de simulation (0% de témoins), ce qui suppose qu'ils différencient simulation et hystérie.

R. VALLET enfin considère que l'hystérie ne peut être autre chose qu'une simulation. Dans l'impossibilité où l'on se trouve d'apprécier objectivement les caractères de conscience et de volonté qui définissent la simulation, il se reporte sur le dernier terme de la définition : la constance du but intéressé emporte sa conviction. Il peut s'agir d'un but évident, comme c'est le cas dans la majorité des hystéries masculines. Dans d'autres cas, chez la femme surtout, il s'agit d'obtenir un avantage affectif : attention de l'entourage, fuite d'une nécessité désagréable de la vie quotidienne. Le modèle se retrouve dans l'hystérie infantile : l'enfant allègue un mal de ventre pour ne pas aller à l'école...

SCHYLDER en décrit le modèle. "Une légère contu- "sion du bras peut dégénérer en contracture hystérique chez un "sujet qui trouve dans cet état une excuse pour ne pas aller en "classe, ou simplement parce que sa blessure le rend intéressant". Dans le cas de traumatisme, la simulation prend le masque de l'exagération ou de la persévération de troubles dont le sujet a eu

le temps de mesurer les avantages. VALLET dénie à tout simulacre la possibilité de se produire en dehors de la volonté du sujet et de la conscience qu'il a de memtir.

Enfin, il refuse de nier la valeur de l'aveu ; comme BOISSEAU, il a obtenu souvent la reconnaissance de la supercherie par le malade, et s'en estime convaincu.

Il apparaît donc, en dernière analyse, impossible de résoudre cette question de façon satisfaisante. Les observations de nos malades ne nous aident en rien à prendre position ; la réalité des faits, c'est-à-dire une certaine apparence de sincérité, n'est niée par personne. De même, le bénéfice secondaire est constant, qu'il soit affectif ou lucratif. On ne peut donc que prendre une position de principe qui dépend finalement d'un jugement moral sur la volonté et la sincérité du sujet. Le problème est, au demeurant, purement nosologique : que l'on considère ou non l'hystérique comme un simulateur, ce n'est pas un simulateur comme les autres. Et, dans les deux hypothèses, on se trouve ramené à la nécessité d'examiner les raisons pour lesquelles le sujet recourt à cette attitude, qu'elle soit qualifiée d'hystérique ou de simulée.

3 - Les mécanismes psychologiques de la conversion somatique

Pour la majorité des psychiatres, l'hystérie est une affection non organique. Cependant elle s'oppose aussi à la simulation au niveau des trois éléments qui permettent de la définir. En effet :

a - Le but intéressé est inconstant ; même lorsqu'il existe, il

s'en faut que l'hystérique mente froidement pour obtenir un bénéfice. Il utilise un type spécial de mensonge, moins intéressé, pathologique, fruit de l'imagination, et bien décrit sous le nom de mythoplastie.

b - Le comportement hystérique n'est pas réellement volontaire et délibéré, mais lié à une suggestibilité extrême.

c - Le sujet n'est pas clairement conscient de la nature artificielle de son symptôme mais au moins partiellement sincère.

Tels sont les trois points, opposant l'hystérie à la simulation, que nous nous proposons de développer, pour tenter de comprendre ce qui se passe dans l'esprit du sujet qui présente un symptôme de conversion.

a - Rôle de l'imagination

L'hystérie représente la production artificielle d'un syndrome somatique et, par là, utilise le mensonge, sous une forme particulière décrite par DUPRE et LOGRE sous le nom de mythoplastie. Celle-ci n'est qu'une forme de mythomanie utilisant le corps comme moyen d'expression. Il s'agit de l'exagération et de la persistance anormale de la tendance infantile au mensonge, toute différente par exemple des mensonges utiles accidentels ou des récits erronés des anxieux.

La mythomanie n'est donc pas un mensonge réel qui supposerait une appréciation claire de la réalité. Chez l'hystérique, la réalité en effet existe peu. Il vit dans l'instant, et supplée

par l'imagination aux carences de son existence. En imaginant, il se convainc.

La mythoplastie est l'expression hystérique de l'imagination mythomane. "Le fait simulé appartient le plus souvent à "l'ordre pathologique et s'objective avec la complicité synergique "de l'esprit et du corps sous forme d'un syndrome névropathique".

Pour les auteurs, cette propension à la mythomanie est le signe d'un infantilisme psychique qui s'exprime en outre par le manque d'esprit critique, d'a-propos, de lucidité ainsi que par l'exubérance et le désordre de l'imagination et la suggestibilité ; aussi les symptômes se montrent-ils volontiers grossiers et peu vraisemblables.

Dans ce cas, si l'hystérique est infantile, pourquoi les enfants sont-ils peu hystériques ?

- Ils manquent de ténacité pour simuler des symptômes majeurs, qui seraient vite démasqués par l'entourage méfiant.
- Mais les symptômes mineurs sont fréquents ; allégation des maux variés, boiterie, sursimulation.

Che z l'hystérique, la mythomanie s'associe à une pathoplasticité et, soutenue par la force de la suggestion, permet l'élaboration du symptôme.

De ces notions, on peut rapprocher le pathomimétisme et la psychoplasticité de DIEULAFOY. Cette complaisance au mensonge somatique pourrait être acquise ou constitutionnelle, généralisée ou localisée, et nous pouvons évoquer l'importance de l'épine organique, que MICHAUX nomme "méiopragie d'appel". Proche de la mythomanie, c'est la richesse de l'imagination qui représente pour HARTEMBERG le facteur fondamental. "C'est à l'imagina-

"tion concrète, plastique, que j'attribue la grande suggestibilité "des hystériques".

De cette "imagination qui matérialise" RIBOT donne la description suivante : "Jentends par imagination plastique "celle qui a pour caractères propres la netteté et la précision "des formes, plus explicitement, celle dont les matériaux sont "des images nettes, se rapprochant de la perception, donnant "l'impression de la réalité, et où prédominent les associations "à rapports objectifs, déterminables avec précision". C'est là se rapprocher de la conception de l'idée fixe de JANET.

Tous les symptômes peuvent être expliqués par une imagination hypersensible. Ainsi l'émotivité exagérée ne vient-elle que de la série de catastrophes imaginaires que le moindre incident déclenche dans l'esprit. L'impulsivité se réduit aussi à l'imagination, l'excès de l'image suscitant la réaction immédiate. La variabilité capricieuse des enthousiasmes est liée également à l'intensité des représentations, qui se succèdent et s'effacent l'une l'autre.

b - Rôle de la suggestibilité

L'hystérie est involontaire, le symptôme suggéré n'a pas de caractère délibéré. Ce point de vue, évident pour les organicistes, reste plausible pour les psychogénéticiens et suppose que le sujet se trouve dans un état hypnoïde ou, au minimum, fortement sensible à la suggestion.

1) la volonté est affaiblie

Pour BARUK, le malade "n'a pas l'impression qu'il "est paralysé et qu'il pourrait remuer s'il le voulait. Mais il ne "peut vouloir.... C'est la volonté qui est suspendue".

"Dans les paralysies hystériques, dit BRODIE, ce "ne sont pas les muscles qui n'obéissent pas à la volonté, c'est "la volonté elle-même qui n'entre pas en action".

Rappelons la formule lapidaire de PAYET (1883) "Le malade dit "je ne peux pas", nous pensons "il ne veut pas", "en fait il ne peut pas vouloir".

FERE confirme l'affaiblissement de la volonté. "Les "hystériques sont dans un état permanent de fatigue psychique qui "se traduit par un affaiblissement de la sensibilité, du mouvement, "de la volonté".

Pour JANET, c'est "une faiblesse morale particulière "consistant dans l'impuissance de réunir, de condenser les phéno- "mènes psychologiques, de les assimiler à la personnalité".

Ce problème de la quantité de volonté présente dans la conduite hystérique a été bien précisé par KRETSCHMER : il est impossible de rattacher la production du symptôme hystérique à une conduite volontaire lucide, tout comme il est difficile d'admettre un total envoûtement et l'absence de toute participation de la volonté du sujet. Aussi l'auteur suggère-t-il l'existence de deux types de volonté : au dessous de la couche phylogènique supérieure, propre à l'homme évolué,de la volonté finaliste, se situe une couche inférieure, hypoboulique, puissamment développée chez l'hystérique, facilement atteinte dès qu'une étincelle d'émotion perfore la mince couche supérieure.

Ces éruptions de la volonté hypoboulique se caractérisent par :

- leur intensité : "elles sont extrêmement fortes et tenaces "quant à leur expression motrice".
- leur caractère plus instinctif que rationnel : elles n'obéissent pas à des motivations mais à des tendances affectives globales très puissantes ; aussi seront-elles maîtrisées (comme chez l'enfant) par une excitation physique élémentaire (coup, ordre) mieux que par le raisonnement.
- leur caractère extrême, sans nuance : la volonté se trouve limitée à deux modes d'expression " le oui esclave, le non aveu- "gle", et il n'y a pas de place pour la compromission raisonnable.
- leur caractère global : l'individu s'y engage - provisoirement - dans sa totalité : pensée, motricité, affects.
- leur variabilité : cette prise de position radicale a tôt fait de se transformer en son contraire, et la tendresse succède à la haine.

2) la suggestibilité est certaine

Au négativisme absolu des attitudes catatoniques hystériques peut donc succéder l'obéissance aveugle, ce qui nous amène à insister sur la suggestibilité. Le raisonnement défaillant doit être remplacé : il faut un moteur à cette volonté sans frein - la représentation, non critiquée, acquiert une force remarquable chez l'hystérique -. La suggestibilité n'est que la conséquence obligatoire de la faillite de la volonté finaliste. C'est la faiblesse de la faculté de discrimination qui conditionne l'adhésion immédiate et absolue de l'hystérique à une idée personnelle ou étrangère.

A - Rôle de cette suggestibilité :

La force de l'idée empêche parfois une contresuggestion thérapeutique. "On ne suggère pas ce que l'on veut à l'hysté-"rique", et c'est pourquoi certains nient la force de la suggestion. En réalité, la volonté reste impuissante, mais la représentation qui s'y est installée refuse de céder la place. Ainsi pour KRETSCHMER, "il n'est pas rare que de jeunes hystériques qui "se distinguent au cours de l'expérience thérapeutique par une "flexibilité suggestive pratiquement sans bornes nous soient dé-"crits par leur proches comme particulièrement obstinés et ré-"calcitrants dans la vie courante".

Le suggestibilité est une condition nécessaire à la conduite hystérique.

Pour BABINSKI, elle paraît résumer à peu près l'ensemble de la maladie. Les symptômes pithiatiques sont, selon leur étymologie, créés par la suggestion et supprimés immédiatement et totalement par la persuasion. L'argument principal en faveur de cette conception réside dans l'analogie des états hystériques et des états hypnotiques : si le résultat est identique, on peut donc en inférer que la démarche fut la même : dans l'un et l'autre état, la suggestion est le facteur primordial.

Cette conception de la suggestibilité toute-puissante a été controversée. Les adversaires rétorquent que la reproduction des troubles par la persuasion ne prouve pas que cette dernière ait été seule en cause. "On ne peut guère caractériser une "chose naturelle par les conditions de sa reproduction artificielle. "En effet, rien ne prouve que les phénomènes approximativement "reproduits de cette manière ne puissent être reproduits d'une

"autre et que cette production n'ait infiniment plus d'importance" (JANET). Rappelons la boutade de CLAPAREDE : "On ne peut concevoir les causes de la mort en disant qu'elle est parfaitement reproduite par la guillotine".

B - Le mécanisme de la suggestion

Il a été détaillé par JANET. Il s'agit "du développe-"ment complet et automatique d'une idée, qui se fait en dehors "de la volonté et de la perception personnelle du sujet". L'action ainsi suggérée "n'est rattachée à la personnalité ni par le souve-"nir quand elle est terminée, ni par la perception consciente "quand elle s'exécute".

1 - La représentation, l'idée fixe, envahit la conscience, soit spontanément (imagination), soit par suite d'une épine organique (traumatique par exemple), soit par imitation.

2 - Pour que cette idée, qui est en elle-même un fait banal et commun à tous les hommes, entraîne la production du symptôme somatique correspondant, il faut une disposition particulière de l'esprit qui est faible, vulnérable, fatigué. L'hystérie suppose donc une baisse de la tension psychologique qui est responsable de l'action volontaire, ainsi qu'une baisse du niveau des forces psychologiques ramenant le sujet du stade de l'activité consciente à celui d'un automatisme psychologique. Le "rétrécissement du champ de conscience" représente en quelque sorte la cause de l'impuissance de la volonté. Il s'agit d'une insuffisance de tension psychologique.

La suggestibilité hystérique résulte donc de deux facteurs : faiblesse de la volonté, puissance de la représentation.

Certains individus suggestibles ne deviennent pas hystériques lorsqu'ils conservent un contrôlesuffisant de leurs actions. Beaucoup d'artistes sont doués d'une grande richesse d'imagination, de capacités d'identification puissante, mais conservent le contrôles de ces états.

Ainsi pour HARTENBERG "la suggestibilité et l'autosuggestibilité exagérée des hystériques dépendent de deux facteurs d'abord, la faiblesse du contrôle supérieur du jugement critique ; ensuite, et surtout, la puissance idéoplastique hallucinatoire, impulsive, des représentations". En effet beaucoup de sujets crédules acceptent tout ce qu'on leur a dit et pourtant ne se laisseront pas suggérer une scène somnambulique par exemple ; il leur manque la puissance de la représentation évoquée qui permet cette sorte de "passage à l'acte somatique". En son absence, la suggestibilité demeure passive ; c'est une suggestibilité "de réception"proche de celle de l'enfant.

C'est de ce malentendu sur la nature de la suggestibilité en cause que sont nés des désaccords, comme celui de SCHNYDER qui considère les neurasthéniques comme étant plus suggestibles que les hystériques : il s'agirait alors de la suggestibilité passive de réception.

C - La représentation vient, soit du sujet, soit de l'extérieur. Il y a deux types de suggestions :

- L'auto suggestion. Elle amène peu à peu l'hystérique à se duper lui-même. Il simule comme il jouerait un rôle, puis finit par y croire. Le seul fait de se prétendre paralysé ou anesthésie porte, dès qu'il s'exprime, une puissance de suggestion. Les gestes que

fait le malade orientent les sentiments qu'il éprouve selon le mécanisme utilisé dans le célèbre "pari" de PASCAL. Que la maladie soit alléguée plusieurs heures, elle deviendra une réalité. Selon DROMARD, "de même qu'une foule de gens oublient le mas-"que derrière lequel ils abritent leur visage réel et viennent à "prendre un jour le masque pour un visage, l'hystérique oublie "qu'il a créé sa maladie pour y croire, comme ceux qu'il en a "convaincu. Il entre dans le rôle et perd conscience du rôle".

L'hystérique est le jouet passif des représentations qui s'offrent à lui et s'imposent par la force du désir qu'a le sujet d'utiliser la maladie.

- L'hétéro-suggestion. Elle est non moins puissante sur cet esprit désarmé. Qu'un autre lui offre, par son exemple, l'idée de recourir à l'arme somatique, et l'imitation suivra. L'importance de ce phénomène a induit en erreur CHARCOT et explique la survenue des stigmates. Que ceux-ci soient liés à la suggestion, comme l'on montré BABINSKI et BERNHEIM, réfute leur valeur de témoins organiques mais ne leur ôte pas leur intérêt diagnostique. Il est très significatif que chez l'hystérique la suggestion puisse être assez puissante pour susciter la formation de stigmates.

La force de l'hétérosuggestion rend rapidement vaine toute tentative d'apprécier la part de volonté lucide du sujet. Même s'il était, au début, conscient et libre propriétaire de sa simulation, il en est rapidement dépossédé au point d'y croire totalement. La conviction qu'il suscite se répercute sur celle qu'il éprouve. Son entourage, son médecin, lui font confiance : soutenu par les ordonnances, renforcé par les certificats, l'hospitalisation, l'édifice de la maladie se consolide par incorporation de

toutes les convictions étrangères. L'hystérique acquiert rapidement la certitude d'être la victime involontaire de la maladie, le psychiatre devenant impuissant à le libérer de cette erreur.

Ainsi le mensonge primordial de l'hystérique va-t-il disparaître sous l'influence de la suggestion personnelle et étrangère, le sujet finissant par adhérer totalement à l'idée qu'il n'est pas responsable de la maladie. "L'hystérique est souvent un hy-"pocrite au sens grec du mot qui signifie acteur : il joue même "dans ce qu'il se joue et se prend à son propre jeu, il est dupe "non moins qu'il ne dupe, en d'autres termes il est fréquemment . "un sursimulateur, une certaine simulation devant les autres se "surajoutant à une simulation certaine devant soi-même"(J.DELAY)

Il reste à préciser le lien entre l'hystérie et la suggestion, ce qui amène à poser deux questions ?
- les hystériques sont-ils obligatoirement sensibles à la suggestion?
- la suggestibilité suffit-elle à produire l'hystérie ?

a) Beaucoup de psychiatres ont critiqué, nous l'avons vu, la thèse de BABINSKI. La fréquence des échecs thérapeutiques est un de leurs plus forts arguments, auquel BABINSKI rétorque qu'il faut supposer une contresuggestion plus forte (celle de la famille, par exemple, qui suggère au sujet de rester malade). La sensibilité à la thérapeutique, lorsqu'elle existe, peut être diversement interprétable : certaines invigorations sévères (torpillage) devraient être qualifiées de menaces plus que de persuasion !

Sur le plan psychologique, la suggestibilité est diversement appréciée. Pour EYSENCK, les hystériques seraient les moins suggestibles des névrotiques. Ils sont aussi les moins con-

ditionnables et ceux qui réagissent le moins bien aux placébos.

Dans certains cas, l'influence de la suggestion est aléatoire, souvent impossible à démontrer (LHERMITTE, CLAUDE). L'imagination, la mythomanie, auraient une influence plus marquée pour DUPRE, LOGRE.

b) De nombreux individus suggestibles ne sont pas hystériques; encore faut-il faire intervenir le désir d'être malade. L'hystérie est une forme spéciale de suggestion, celle de la maladie : c'est dans ce choix, plus que dans la suggestibilité, que réside l'originalité de l'affection. Des alcooliques, des drogués, des débiles, sont sensibles à la suggestion : mais elle les conduit à la débauche, à la toxicomanie, non à l'hystérie (DEJERINE, PITRES, RAYMOND).

c) De sorte que la suggestibilité, quoiqu'elle soit fréquente, n'est une condition ni nécessaire ni suffisante. Pour LEVY-VALENSI, par exemple, la suggestibilité n'est qu'une forme clinique de l'hystérie, le pithiatisme ; les autres formes sont la mythomanie et les réactions hyperémotives.

d) Certains auteurs vont plus loin et opposent l'hystérie au pithiatisme. A la suite de BERNHEIM, CLAUDE reprend cette distinction. Les hystériques sont des sujets qui présentent une dissociation psychique du type de celle des schizophrènes, quoique moins accentuée, et qui est responsable de la notion de "schizose". Les pithiatiques ne sont pas des hystériques : la sensibilité à la suggestion est un phénomène vulgaire, normal, "un mécanisme psy-"chologique banal rattaché à une cause facilement vérifiable".

c - Le problème de la sincérité de l'hystérique.

L'imagination d'une part, l'impuissance de la volonté

et la suggestibilité d'autre part, sont donc impliqués dans la production des symptômes hystériques. Mais la différence essentielle entre l'hystérie et la simulation, qui peut, elle aussi, être liée à la mythomanie et à la persuasion, réside dans l'état d'esprit du sujet, la manière dont il vit le simulacre de maladie, la bonne foi, le degré de sincérité qu'il présente.

1) De nombreux auteurs sont convaincus de la sincérité de l'hystérique.

Cette impression de sincérité que donne l'hystérique tout en fabriquant un simulacre de maladie a toujoursfasciné les psychiatres, elle est responsable de toutes les théories qui tentent d'individualiser cette maladie.

BABINSKI lui-même, critique pourtant sévère, reconnaît qu'il éprouve cette impression de sincérité. L'hystérique n'est, au plus, qu'un "semi-simulateur" qui n'agit pas en toute connaissance de cause. "Beaucoup de ces sujets sont sincères et ne "peuvent être considérés comme des simulateurs, mais je "dois avouer que cette idée est fondée sur des arguments d'or-"dre moral et ne saurait être démontrée avec la rigueur scien-"tifique qu'on peut apporter dans l'étude des affections organi-"ques".

Il rapporte en particulier le cas d'un jeune lieutenant qui présentait une monoplégie crurale hystérique. L'usage des béquilles provoqua une authentique paralysie radiale par compression. Or, le malade négligeait cette paralysie, alors qu'un simulateur aurait compris le caractère organique de cette nouvelle atteinte et aurait utilisé, pour obtenir le même bénéfice, la paralysie réelle de préférence à la paralysie simulée, désormais super-

flue : "on peut donc dire qu'un trouble purement imaginaire oc-
"cupait dans l'esprit du sujet une place plus importante que le
"trouble réel qui l'accompagnait... Cette association me pa-
"raît remarquable parce qu'elle démontre, selon moi, qu'il
"serait exagéré de confondre l'hystérie et la simulation".
Un autre argument en faveur de la sincérité du sujet est la démarche, impossible à concevoir de la part d'un simulateur ordinaire, qui conduit ces malades à s'astreindre des années à présenter un symptôme pénible pour un bénéfice qui nous paraît dérisoire. Il est impossible de considérer comme une simulation banale un état dans lequel l'individu s'aliène à un tel point.

2) Si l'hystérique s'oppose au simulateur par sa sincérité, nous nous trouvons devant le paradoxe d'un menteur sincère ce qui nous oblige à reprendre les notions de vérité, d'erreur et de sincérité.

L'hystérique ne dit pas la vérité ; mais il peut sincèrement commettre une erreur. La sincérité en effet s'oppose à la vérité par soncaractère subjectif. Tandis que la vérité représente l'identité des paroles avec la réalité extérieure, la sincérité se définit par l'identité des paroles à la réalité intérieure. Le sujet sincère ne dit pas forcément la vérité mais ce qu'il éprouve. L'hystérique est, pour DROMARD, un être franc qui ne se contrôle pas bien, et qui dit "non pas les choses telles qu'elles "sont (comme l'homme vrai) mais telles qu'il les éprouve. Il "fait communiquer non la réalité avec la réalité, mais le dedans "avec le dehors". De sorte que "la sincérité est une manière "d'être en vertu de laquelle nous portons à notre connaissance

"personnelle comme à celle d'autrui les représentations adé-
"quates de nos réalités intérieures".

3) La sincérité de l'hystérique repose donc sur trois phénomènes : la force de son désir d'être malade, la négation de la réalité extérieure, et l'adhésion de l'entourage qui le renforce dans sa conviction.

a) L'hystérique désire être malade, il utilise le symptôme pour obtenir l'apitoiement auquel il pense avoir droit, dont, en tout cas, il a besoin. Il tend, involontairement, à considérer comme établi ce qui n'était que souhaité. Il passe du désir à la conviction, et défend avec mauvaise foi une cause juste. CODET montre bien ce que la sincérité de l'hystérique a d'enfantin : le sujet croit que ce qu'il désire existe, il "prend ses désirs pour "des réalités". La justesse de la cause qu'il défend, l'authenticité de son besoin, lui permettent de croire à la réalité du moyen qu'il utilise pour le satisfaire.

AJURIAGUERRA analyse cette sorte de sincérité, liée à l'assimilation du désir et du moyen employé pour le satisfaire. Il montre que, sur le plan du symptôme, tel qu'il est vécu par le sujet, mensonge et vérité, revendication et nécessité, s'opposent moins qu'on pourrait le croire. "L'hystérique n'est pas "seulement le symptôme, mais la nécessité de l'exprimer ; il "ne joue pas la maladie, il la vit".

b) L'hystérique refoule la conscience qu'il a de mentir. Il se distingue en effet du simulateur, comme du psychopathe, en ce qu'il ne peut admettre de recourir au mensonge. Il est faible, soumis aux lois sociales qu'il refuse de transgresser consciemment. Obligé d'utiliser pour se défendre le mensonge somatique, il évite la culpabilité en niant le mensonge, en l'écar-

tant de ses perspectives. Il le "scotomise".

Comme l'ont noté nombre de psychiatres (BABINSKI, BARUK, BERNHEIM, FREUD), l'assimilation de l'hystérie à la simulation se heurte à la constatation clinique d'éminentes qualités morales chez beaucoup de malades. C'est pourquoi, pris entre la nécessité du mensonge comme seule issue d'un conflit et le caractère irrecevable de cet acte répréhensible, il sont contraints de refouler, de nier l'évidence de leur mensonge, et sont finalement de mauvaise foi.

Elle se comporte en hystérique la jeune fille dont SARTRE (L'être et le néant) décrit le premier rendez-vous. Elle connaît les intentions (sexuelles) du jeune homme qui lui fait la cour, tout comme l'hystérique connaît le bénéfice qu'il retirera de sa maladie. "Elle ne saisit pas cette conduite comme "une tentative pour réaliser ce qu'on nomme "les premières ""approches" c'est à dire qu'elle ne veut pas voir les possibili- "tés de développement temporel que présente cette conduite : "elle borne ce comportement à ce qu'il est dans le présent, elle "ne veut pas lire dans les phrases qu'on lui adresse autre chose "que leur sens explicite". De la même manière, l'hystérique se refuse à envisager l'avenir et vit dans le présent immédiat. De même que, plus tard, la jeune fille, quand on lui prend la main, refuse de s'apercevoir qu'elle l'abandonne, l'hystérique refuse d'admettre qu'il pourrait bouger ce bras "paralysé". Cette opportune "distraction" de l'esprit signe la mauvaise foi (et ramène à la dissociation de JANET). "Tout en sentant profondé- "ment la présence de son propre corps, elle se réalise comme "n'étant pas son propre corps et le contemple de haut, comme

"un objet passif auquel des évènements peuvent arriver, mais "qui ne saurait ni les provoquer ni les éviter parce que tous les "possibles sont hors de lui". (J.P. SARTRE).

c) La conviction de l'hystérique se trouve renforcée par celle de l'entourage. L'hystérique se trouve dans la position de l'enfant qui croit lorsqu'il est cru (NEYRAUT). Pour lui, le mensonge le plus grave c'est l'invraisemblance. Au contraire, il ne peut admettre qu'il mente lorsqu'il affirme avoir été premier, puisqu'il aurait voulu -et pu- l'être. "L'enfant s'iden- "tifie à l'adulte qui croit son mensonge". L'entourage agit en renforçant la suggestion dont nous parlions ci-dessus, laquelle est responsable de cette "sincérité". Ainsi pour MICHAUX, "Alors que l'hystérique connaît les mobiles de ses mystifications "pathologiques, alors qu'il connaît ses symptômes, comme on "connaît ce qu'on a soi-même fabriqué, il ignore que, de ceux- "là à ceux-ci, intervient une suggestion. Là est le seul proces- "sus sincère de la détermination hystérique : un îlôt de bonne "foi au milieu d'un océan de comédie. La distinction de l'hys- "térique au simulateur ne tient pas à plus. Le second trompe "de bout en bout l'entourage sans s'illusionner lui-même une "seconde. Le premier en arrive à se prendre par moment à sa "comédie : un mystéficateur mystifié par lui-même, tel est "l'hystérique".

d) En pratique, l'appréciation de la sincérité, qui distingue l'hystérique du simulateur, est bien délicate. Les deux séries de faits simulés ne se distinguent que par la présence ou l'absence, dans le processus psychologique, de la conscience et de la volonté. Mais, dans l'un et l'autre cas, la simulation

est l'oeuvre d'une suggestion, soit personnelle et spontanée, soit étrangère et provoquée.

"Or, selon DUPRE, que le processus d'autosuggestion soit ac-
"tif ou passif, qu'il se déroule avec ou sans l'intervention de la
"conscience et de la volonté, le résultat clinique est le même ;
"et, en effet, rien n'est plus difficile, en théorie comme en
"pratique, que de distinguer, chez un sujet qui simule, l'absen-
"ce de la conscience et de la volonté dans la genèse du syndrome
"simulé. La conscience assiste-t-elle avec plus ou moins de
"plénitude et de lucidité ? La volonté consent-elle avec plus ou
"moins de facilité ou de résistance aux phases du processus ?
"Nous ne pouvons le savoir avec certitude, et nous n'avons au-
"cun moyen, sur et constant, de mesurer, chez le simulateur,
" la valeur des constatations de la conscience et des efforts de
"la volonté".

Bien que l'on ait du mal à admettre la fonne foi de l'hystérique, on ne peut la nier si on réalise que l'attitude du sujet est, en cela, la même que celle qu'il a dans la vie en général : sa vision du monde est faussée, le rétrecissement du champ de conscience joue dans tous les domaines.

4 - A côté des mécanismes psychologiques, la production du symtôme hystérique fait aussi appel à la notion psychanalytique de conversion.

Les théories de FREUD, au début de leur élaboration, ne manquent pas d'un certain organicisme et sont fortement originales tant par elles-mêmes que par la nouvelle voie psychanalyti-

que qui en découle.

1 - A l'origine se trouve l'application au domaine de la neurologie (et de la psychiatrie) des lois de la physique et des idées de BRUCKE sur la physiologie.

"Le système nerveux cherche à maintenir constante "dans son état fonctionnel ce que l'on peut appeler sa somme des "excitations, et s'efforce d'imposer les conditions nécessaires à "une bonne santé, en luttant contre toute augmentation sensible "de l'excitation par la voie associative ou en se décharger de "cette excitation par une réaction motrice appropriée".

La référence aux lois de l'électricité s'impose devant ce ce schéma de l'influx nerveux et des affects (1892). FREUD désirait en effet, comme beaucoup de ses contemporains, concevoir les faits mentaux comme des phénomènes physiques ; il ramena le fonctionnement de l'appareil psychique à un système de neurones où les troubles qui surviennent sont liés à des modifications d'ordre quantitatif (première période).

2 - Plus tard, avec les Etudes sur l'hystérie (1893-1896), la découverte de la psychanalyse en tant que méthode thérapeutique l'amènera à se détacher de cette conception pour insister sur le caractère traumatique des névroses (deuxième période). Il conserve cependant l'idée d'une quantité excessive d'affect cherchant à se décharger par une voie indirecte : c'est la conversion somatique de l'affect (1894).

"L'idée intolérable est rendue anodine quand la quan-"tité d'excitation qui s'y attache est écoulée en une forme d'ex-

"pression somatique". Ainsi, il existe une analogie entre le symptôme hystérique et la méthode cathartique ; dans l'un et l'autre phénomène, on rencontre une décharge d'énergie.

L'hystérie est alors considérée par FREUD comme la conséquence d'un évènement traumatique, qui est un incident sexuel vécu passivement dans la petite enfance (conception qui fait suite à celle rendant responsable de l'hystérie la continence sexuelle, et dont l'origine est bien antérieure). C'est le viol, la "scène primitive", qui sont responsables de la maladie (Katharina).

3 - Ce n'est qu'en 1897 que FREUD s'aperçoit que la scène de séduction est beaucoup trop fréquente dans les récits de ses patientes pour que l'on puisse admettre qu'elle se soit réellement produite : il s'agit d'un phantasme, qui est donc l'expression de l'état névrotique et non sa cause: (lettre à Fliess n°69) "La "notion de la fréquence inattendue de l'hystérie où se retrouve "chaque fois la même cause déterminante, alors qu'une telle gé-"nération des actes pervers commis envers des enfants sem-"blait peu croyable (la perversion en ce cas devrait être infini-"ment plus fréquente que l'hystérie puisque cette maladie n'ap-"paraît que lorsque les incidents se sont multipliés et qu'un "facteur affaiblissant la défense est intervenu)..." L'hystérie n'est plus alors limitée au symptôme (dont la guérison, relativement aisée, n'entraîne pas celle de la maladie). Elle devient une névrose de défense. (3ème période)

L'angoisse est à l'origine d'un refoulement se manifestant au cours de l'analyse par une résistance. La découverte de la résistance de l'hystérique au retour à la conscience de sou-

venirs pourtant présents quelque part conduisit FREUD à la conception de l'inconscient.

"La psychanalyse peut faire disparaître les symptô-"mes de l'hystérie s'ils sont l'équivalent, pour ainsi dire la "transposition, d'une série d'évènements psychiques, de désirs et "et de tendances qui, par un certain processus (le refoulement), "n'ont pu arriver à leur terme en des actes qui s'intègreraient "dans la vie consciente. Les complexes psychiques, retenus "dans l'inconscient, tendent à trouver une expression qui corres-"pondrait à leur valeur affective, une sorte de décharge. C'est "ce qui se passe chez l'hystérique, sous la forme de conversion "en phénomènes somatiques qui ne sont autres que les symptômes "hystériques".

La conversion est donc la conséquence du retour du refoulé qui se satisfait indirectement dans le symptôme.

4 - En 1901, FREUD publie des fragments de l'analyse de Dora. L'hystérie s'enrichit de l'analyse du transfert, de la conception symbolique du symptôme, de l'étude de l'origine de la névrose dans le complexe d'Oedipe. FREUD ne considère donc plus que le refoulement est la cause de l'angoisse (et de l'hystérie) mais au contraire sa conséquence. (4ème période).

Cette angoisse produit donc un refoulement ; celui-ci n'est pas toujours efficace ; à l'occasion d'incidents actuels survient parfois le retour du refoulé.

La conversion représente une sorte de "passage à "l'acte" : "Elle (Dora) mit en action une importante partie de "ses souvenirs et de ses phantasmes". "Le symptôme hystéri-"que exprime un trouble psychique lié au refoulement hors de la

"conscience d'un émoi pathogène, affect dont l'existence est "oubliée mais qui, néanmoins, continue de jouer et de s'expri- "mer dans la vie psychologique du sujet".

Le refoulement imparfait n'a pas atteint son but ; au lieu d'accumuler, comme le phobique ou l'obsédé, des moyens de défense qui seront eux-mêmes investis comme des représentants de la pulsion interdite et provoqueront le retour de l'angoisse, l'hystérique aboutit à un compromis ; le symptôme.

Le symptôme a un sens : c'est un symbole (métaphorique) dont la signification demeure inconsciente. La malade peut, par exemple, rétablir le sens littéral de certaines expressions ("je ne peux pas l'avaler..."). Comme le rêve, le symptôme hystérique satisfait un désir ; la transposition de ce désir s'effectue par les mêmes mécanismes : condensation, associations superficielles ou déplacement, contradictions voilées ou inversion... Le symptôme peut donc être analysé.

En 1909, FREUD explique les attaques hystériques : "Ces attaques ne sont rien d'autre que des phantasmes projetés, "traduisant une activité motrice, et représentés en pantomime". Elles servent de substitut, de gratification auto-érotique. Le phantasme fondamental est le coït qui, dans sa forme hystérique, est un rapport où la femme adopte une position phallique.

A la conception freudienne de la conversion s'oppose les théories de PARCHEMINEY et LOEWENSTEIN dont nous avons vu (à propos des affections psychosomatiques) qu'elles aboutissent à la négation de l'idée de conversion au profit de celle de régression du sujet à un stade où l'enfant s'exprime

avec son corps, où la pensée est liée à une activité motrice dont elle dérive. "Il n'y a pas de saut du psychique dans le physique "mais une régression à un stade infantile où le corps est un mo- "yen d'expression".

De même que la conversion somatique, la notion oedipienne de la névrose hystérique va être débattue.

RIECH évoque une régression orale partielle.

BOUVET souligne la dépendance aux objets, la labilité des investissements. La violence des besoins instinctuels, et l'avidité affective caractérisent une régression très marquée

Une régression orale, totale ou partielle, est évoquée par DIATKINE, GRUMBERG.

M. KLEIN, RESTEMBERG, insistent sur les phantasmes archaïques de morcellement du corps chez l'hystérique qui aspire à l'unité totalisante, presque à l'immobilisation léthale, avec existence sous-jacente de la schizophrénie.

ROSOLATO tente une étude de la structure psychanalytique de l'hystérie. Il montre que, pour LACAN, l'hystérique emprunte ses phantasmes à l'étape archaïque qui précède l'assomption à la découverte de l'image spéculaire. L'hystérique poursuit et désire ce drame, répété et cyclique, d'atteindre une unité qui se désagrège. Pour cela, l'hystérique a besoin de l'autre : "Le "désir de l'hystérique prend appui dans le désir de l'autre" (LACAN). Il vit dans l'illusion que sa demande pourrait être satisfaite, son besoin comblé, et "prolonge un désir de désir "insatisfait".

Pour l'hystérique, le drame réside dans la perte

d'amour (équivalent de ce que représente la castration pour le phobique).

GREEN également, après avoir repris l'étude des conceptions freudiennes, parvient à un modèle structural de l'hystérie (par rapport à la névrose obsessionnelle). Il précise que l'hystérie est le résultat d'une régression topique de la libido (restant donc dans la génitalité) qui fait jouer aux phantasmes un rôle privilégié. La problématique qui s'en dégage est celle des pulsions de vie (Eros). Il insiste sur l'éxpérience pathogénique de la perte d'amour.

4 - Conclusions . L'étude de ces différentes conceptions pathogéniques ne nous permet pas de conclure à une quelconque différence de nature entre le comportement hystérique de l'homme et celui de la femme, quel que soit le point de vue que l'on adopte.

Dans les théories organicistes en effet, on ne voit pas pourquoi l'homme serait épargné. Tout au plus peut-on évoquer une moins grande fragilité des structures nerveuses chez l'homme ?

Les théories psychologiques concluent généralement en faisant de l'hystérie une sorte de mensonge agi qui caractérise par la méconnaissance qu'a le sujet de la participation de la volonté consciente dans sa conduite.

Il est possible, ici, de faire intervenir des variations de tempérament chez l'homme et la femme, de considérer que la

femme s'individualise par la faiblesse de sa volonté, l'aisance avec laquelle elle fabule, lorsqu'elle ne ment pas consciement, le défaut d'inhibition des pulsions chez elle et le manque de lucidité et d'autocritique.

De tels traits sont évidemment considérés comme spécialement féminins, et volontiers retrouvés en bonne place dans les stéréotypes fémins, qu'ils soient établis par des hommes ou par des femmes. Nous les envisagerons en détail à propos de la personnalité hystérique. Que leur existence soit spontanée chez la femme, en quelque sorte constitutionnelle, ou qu'elle ne soit que la conséquence de la pression sociale et de l'idée (stéréotype) que se forme la femme de son personnage, il n'en demeure pas moins qu'en définitive la femme apparaît comme plus faible, moins susceptible de contrôler ses émotions et plus apte à se réfugier dans une attitude pitoyable (la maladie) que l'homme. La statistique le confirme, la conversion hystérique étant deux à trois fois plus fréquente, nous l'avons vu, chez la femme.

Les théories psychanalytiques ne nous ont pas apporté de renseignements sur la structure de l'homme hystérique et sa problématique. Toutes les hypothèses peuvent être formulées, soit que l'on admette la position oedipienne en miroir de celle de la femme, soit que l'on nie simplement la possibilité chez l'homme, pourvu d'un phallus, de l'attitude hystérique, soit enfin que l'on évoque une régression à un stade infantile de dépendance à l'égard de la mère avec incapacité d'assumer une attitude virile par échec de l'identification au père. Dans les conceptions freudiennes, l'hystérie est liée au refoulement de

pulsions sexuelles. Or la sexualité féminine est soumise dans son développement et son épanouissement à une série d'embûches qui sont épargnées à celle de l'homme. La conception première de l'hystérie traumatique expliquait la moindre fréquence de cette névrose chez l'homme, dans la mesure où il était rarement menacé de scènes de séduction (lettres à Fliess). "L'hys-"térie présuppose nécessairement l'existence d'un incident pri-"maire teinté de déplaisir, c'est-à-dire de type passif. La na-"turelle passivité sexuelle de la femme explique sa plus grande "susceptibilité à l'égard de cette maladie. Chaque fois que j'ai "vu des hommes hystériques, j'ai retrouvé, dans leur anamnèse, "une grande passivité sexuelle".

Vers 1896, FREUD considère encore la chasteté comme responsable de certaines hystéries. La théorie du refoulement lui semble expliquer alors la plus grande rareté de l'affection chez l'homme. "Là où la pudeur fait défaut (comme chez les individus mâles)... le refoulement ne se produit pas "et, dès lors, aucune excitation sexuelle infantile n'entraîne "de refoulement ni, par conséquent, de névrose". En réalité, cette conception ne fait que repousser le problème, ce dont FREUD convient par la suite.

Dans le développement de la sexualité féminine surviennent au moins trois difficultés qu'on ne retrouve pas dans la sexualité moins complexe de l'homme.

a) Nécessité, pour la formation du complexe d'Oedipe, que la femme change d'objet afin d'aimer son père après sa mère, tandis que le garçon conserve son amour pour sa mère.
b) Nécessité ultérieure de changer d'organe sexuel, d'accepter

l'absence de pénis, la perte du clitoris, et de subir une période où elle est privée d'organe, le vagin restant longtemps caché et muet.

"La distinction principale (lettres à Fliess, p. 206) se marque "à la puberté, où un dégoût de la sexualité, sans caractère né- "vrotique, s'empare des filles alors que la libido a prise sur "le garçon. C'est en effet à cette époque qu'une autre zone se- "xuelle s'efface partiellement ou totalement chez la femme, "tandis qu'elle subsiste chez l'homme. Je veux parler de la "zone génitale mâle, de la région du clitoris où, durant l'en- "fance, la sensibilité sexuelle féminine semble concentrée. "D'où l'excès de pudeur dont fait preuve à ce moment-là l'être "féminin, jusqu'à ce que spontanément ou par action réflexe, "la nouvelle zone vaginale s'éveille. De là, peut-être, <u>la fri-</u> "<u>gidité féminine</u>, le rôle joué par la masturbation chez les "enfants prédisposés à l'hystérie, et la cessation de cette mas- "turbation lorsque l'hystérie se manifeste".

Si le point de vue et, en particulier, la perte de la sensibilité clitoridienne peut paraître discutable, il n'en reste pas moins que l'épanouissement sexuel de la femme est infiniment plus délicat que celui de l'homme.

c) La femme, enfin, au sortir d'une période de préadolescence où elle a vécu comme le garçon, avec les mêmes aspirations et le même comportement agressif, <u>doit accepter la passivité</u>. Là réside généralement l'échec de la femme hystérique. L'essentiel de l'hystérie se trouve alors dans un conflit inconscient, d'ordre génital, qui rend impossible un authentique amour partagé ; il en découle une série de jeu de coquetterie, de manoeu-

vres de séduction suivies obligatoirement de retraits et de fuites.

"Il est permis de soupçonner que l'élément essentiel "est toujours l'élément féminin. Les femmes, comme les hommes, "en effet, avouent toujours plus facilement les expériences faites "avec d'autres femmes que celles faites avec des hommes. Ce que "les hommes refoulent surtout, c'est l'élément de pédérastie". (FREUD).

Le refus de la femme s'adresserait donc à l'acte sexuel subi en position passive.

Les développements rendent compte, bien plus que les phénomènes de conversion, du mode de constitution de la personnalité hystérique.

III - LES BENEFICES SECONDAIRES

° °
°

Ni les caractères cliniques des manifestations de conversion, ni les mécanismes pathogéniques ne peuvent donc permettre de distinguer l'hystérie masculine de l'hystérie féminine. Une grande différence demeure : la nature du bénéfice secondaire escompté.

Nous nous proposons d'étudier cliniquement cette différence, puis de montrer qu'elle est plus apparente que réelle, liée surtout à la position différente de l'homme et de la femme dans la société contemporaine.

1 - Les bénéfices secondaires : quels avantages procure la maladie ?

a) Chez la femme . Les bénéfices sont généralement d'ordre psychologique. La femme obtient, par sa maladie, l'assiduité des proches, la commisération, l'affection, la pitié. Elle peut ainsi souvent échapper à des tâches quotidiennes fastidieuses. Il est possible que la maladie valorise la femme, lui donne une nouvelle imporance, satisfasse son désir de soins et de présence. Pour DELAY, "la maladie corporelle peut représenter un moyen d'é-"chapper à une condition humiliante d'infériorité et de se revalo-"riser aux yeux de l'entourage, un moyen de capter l'intérêt et "l'affection, de manoeuvrer vers une dépendance affective ou

"matérielle plus étroite, ou au contraire vers l'indépendance "dans le refuge narcissique qu'est pour certains le fait d'avoir "une maladie, et de pouvoir être considéré comme un malade. "Elle peut être, et les tenants de la psychologie adlérienne, en "particulier Karen Horney, ont insisté sur ce point, un instrument "détourné de la volonté de puissance d'une personnalité névrotique "et de ses satisfactions compétitives".

b) Chez l'homme. Le bénéfice est plus souvent lucratif : il s'agit parfois d'un intérêt financier (pension, dédommagement, paiement d'une assurance). La fréquence de ces cas est considérable et l'on peut admettre que l'institution des assurances-accident a permis les premières observations d'hystérie mâle, jusque là rarissimes.

Rappelons les cas de PUTNAM, avec les manifestations apparues à la suite d'un accident de chemin de fer, puis les premiers cas d'hystérie traumatique rapportés par CHARCOT.

La fréquence des expertises reflète à peine l'extension inquiétante des hystéries du travail. Notre statistique n'en donne qu'un pâle reflet : 11 cas, soit 20% environ. Mais il est bien certain que la fréquence réelle est infiniment supérieure. Sans aller jusqu'à adopter la conception de PURTELL et ROBINS (100% d'intérêt matériel), on ne peut nier la multiplication de ces cas, dès que l'hystérie devient un moyen d'obtenir une gratification matérielle.

D'autres formes d'intérêt matériel peuvent être considérées. Il peut s'agir d'éviter une situation pénible ; l'hystérie de

guerre a fait ses preuves. Ailleurs, le sujet désire changer d'emploi, ou éviter de nouvelles responsabilités.

Nous en avons observé 18 cas (30%) : parfois le sujet veut échapper à un travail qui lui déplaît ; ailleurs, l'accession à un poste élevé entraîne l'angoisse : témoin l'observation de ce malade (39) qui fit une aphonie hystérique lui permettant de ne plus dicter son courrier aux secrétaires ! Chez certains psychopathes, il s'agit d'éviter les conséquences d'actes délictueux : accident de voiture pour un malade non assuré, prison pour coups à un supérieur dans l'armée (évitée par une fugue amnésique).

50% de nos malades trouvent dans leur conduite hystérique un bénéfice matériel évident, massif, et qui justifierait presque à lui seul leur comportement.

Chez les autres, le bénéfice secondaire paraît, comme chez la femme, d'ordre plutôt affectif, et c'est de l'entourage qu'il est attendu.

Que la présence d'un bénéfice "secondaire" massif ne fasse que pérériser un comportement dont l'origine est purement psychique, ou que l'idée de ce bénéfice intervienne, consciemment ou non, dès l'élaboration du symptôme, c'est là un problème théorique controversé que nous n'avons pas la possibilité de résoudre.

2 - <u>L'opposition entre bénéfice matériel et psychologique ne recouvre aucune différence profonde.</u>

Ici, il faut évoquer la position fondamentalement différente de l'homme et de la femme dans la société.

Pour la femme, que ce soitlié à sa constitution ou fruit de l'éducation, l'idéal du moi se situe au niveau de la famille et des relations conjugales. Un couple réussi représente son objectif. L'amour que lui voue son partenaire comble son ambition. C'est à lui, et à lui seul, que s'adresse la demande. Aussi ne faut-il pas s'étonner que ce soit pour son mari que la femme devienne généralement hystérique, à lui que cette conduite s'adresse puisqu'il est, de fait, son seul refuge.

"Sa justification est toujours dans les mains d'un autre: "elle attend les hommages, les suffrages des hommes, elle attend "l'amour, elle attend la gratitude et les éloges du mari, de l'amant; "elle attend d'eux ses raisons d'exister, sa valeur et son être même" (S. de BEAUVOIR)

Aussi la femme n'investit-elle jamais beaucoup son travail. Même si elle effectue le même labeur rémunéré, donnant droit aux mêmes garanties sociales, l'hystérie sociale ou traumatique est rare chez elle. Le travail n'a jamais qu'une valeur complémentaire, son ambition sociale est limitée, un échec professionnel ne la dévalorise guère.

L'idéal de l'homme, au contraire, est loin de se limiter à la conquête de la femme. Même si on peut considérer qu'en dernière analyse c'est à la femme qu'il revient et, à travers la victoire sociale, elle qu'il veut conquérir, il n'en reste pas moins que c'est la réussite professionnelle qu'il vise immédiatement. Sa justification, il la trouve dans le travail d'abord. La femme ne représente qu'une part de sa vie, même si cette part est importante.

Nous verrons que l'utilisation de la conduite hystéri-

que - allégation de la maladie pour obtenir un bénéfice - suppose un état plus névrotique chez l'homme que chez la femme parce que cette conduite s'oppose davantage au comportement viril qu'au comportement féminin stéréotypé. Mais, si le sujet se trouve suffisamment blessé pour recourir à la maladie pour se défendre, il ne faut pas s'étonner que l'homme s'adresse à la société.

La société, entité impersonnelle, ne donne qu'une forme d'amour : l'argent. Aussi l'argent représente-t-il non seulement un moyen d'existence mais pour l'homme un gage d'amour, une preuve de prise en charge ; une pension compense une infériorité ressentie .

Ainsi, si la demande de la femme s'adresse à l'homme, celle de l'homme s'adresse à la société. C'est la société qui, en reconnaissant, en légitimant, en rétribuant même la maladie, lui a permis de devenir une arme de combat aux mains de l'homme faible et humilié, qu'elle valorise provisoirement.

Si la demande s'adresse à un Autre, qui est différent selon le sexe, elle naît du même désir qui exprime un besoin identique : le besoin d'être aimé. C'est pourquoi le bénéfice de la maladie est fondamental. Mais c'est aussi pourquoi l'étude du profit ne peut jamais servir à distinguer l'hystérie de la simulation : ces deux états ont en commun, à la fois le simulacre et le désir de maladie. Mais ce qui est conscient, lucide et adapté dans l'un, est spontané, inconscient et disproportionné dans l'autre. C'est sur les caractères du symptôme, ou sur l'étude de la personnalité du sujet, mais non sur l'existence du profit que repose le diagnostic d'hystérie. Toutefois, l'importance subjective d'un bénéfice qui paraît dérisoire à l'observateur est un argument en faveur de l'hystérie.

IV - PERSONNALITE DES HOMMES HYSTERIQUES ET PERSONNALITE HYSTERIQUE

° ° °

Nous avons étudié la nature des symptômes hystériques, le mécanisme de leur formation et l'objectif apparent vers lequel ils tendent ; c'est répondre aux questions : que fait l'hystérique, comment le fait-il et pourquoi. Il nous reste à envisager qui devient hystérique.

1 - Il existe de nombreuses descriptions de la personnalité hystérique que nous nous proposons de reprendre brièvement.

2 - Nous verrons alors que, d'après plusieurs publications, bien que la personnalité hystérique ait été au début, par définition, isolée à partir de sujets qui présentent des manifestations hystériques, nous nous trouvons devant une situation paradoxale : il n'y a plus de concordance entre les symptômes hystériques et la personnalité hystérique. Les symptômes ne surviennent par spécialement chez les "hystériques" et les "hystériques" n'ont pas de symptômes particulièrement fréquents !

3 - Devant ce paradoxe, plusieurs attitudes peuvent être envisagées :

- Ou bien nier qu'il y ait une personnalité des hystériques, le symptôme étant alors considéré comme un moyen de défense commun à plusieurs types névrotiques. Le terme de personnalité hystérique peut d'ailleurs persister, mais le qualificatif d'hystérique est fâcheux car si elle n'implique pas la survenue préférentielle de symptômes d'hystérie, cette notion est source de malentendus.
- On bien affirmer qu'il existe une personnalité des hystériques. Dans ce cas, elle doit être réenvisagée, la définition ancienne ne concordant pas avec les faits.

4 - L'étude de la personnalité des hommes hystériques représente un matériel spécial, et qui peut être utile dans la perspective où la non-concordance des symptômes avec la personnalité hystérique serait liée à des traits de féminité caricaturaux. Ceux-ci sont fréquement associés à l'hystérie mais ne doivent pas être intégrés à la définition de la personnalité hystérique.

A - ETUDE DE LA PERSONNALITE HYSTERIQUE CLASSIQUE

1 - Conceptions françaises : l'état mental des hystériques.

a) Il n'était pas question, en 1892, lorsque JANET publie "L'état mental des hystériques" qu'il décrive une "personnalité hystérique. Décrit-on une personnalité syphilitique, une personnalité thyphoïdique ? Les manifestations psychologiques en effet ne pouvaient, à cette époque, être considérées que comme secondaires à l'état hystérique ; elles représentent, au même

titre que les symptômes, les modifications du caractère d'un sujet, auparavant normal. "Il ne faut pas, écrit-il, mettre sur le compte "de la maladie des traits de caractère qui auraient été exactement "les mêmes si la maladie n'était pas survenue. Il ne faut donc dé- "crire que les modifications du caractère, les transformations que "la maladie a visiblement amenées avec elle dans la conduite des "malades".

Chez le sujet antérieurement normal donc, survient un rétrécissement du champ de la conscience et une dissociation des fonctions dont la synthèse constitue la personnalité. Le sujet, dès lors, devient incapable par exemple d'apprendre un nouveau mode de comportement et ne pourra que reproduire, automatiquement les comportements anciens qu'il a préalablement appris.

La dissociation s'exprime dans les trois sphères de l'esprit : intelligence, activité, émotivité.

Dans le domaine affectif, les sentiments s'appauvrissent :

L'altruisme, l'amour, la reconnaissance disparaissent pour laisser la place à des sentiments égocentriques. Contrastant avec cet affaiblissement des affects, l'émotion s'exacerbe son caractère spectaculaire et grandiloquent en masque la labilité et la superficialité. Elle est soumise au public, modifiable par l'entourage, par la distraction. Surtout cette émotion, quoiqu'elle s'exprime vigoureusement, est pauvre et stéréotypée. "Elle a "toujours et partout la même colère... On dirait qu'elle récite "une leçon". La caractère automatique de cette émotion est lié au rétrécissement du champ de conscience, qui ferme l'accès aux différents compartiments de l'esprit, empêche la plupart des

associations d'idées, supprime l'acquisivité.

L'hystérique ne peut plus reproduire que des comportements anciens, appris, tout prêts à être utilisés sans discernement, sous l'effet de n'importe quelle stimulation. "Son émotion "n'est pas une émotion actuelle, ce n'est pas une synthèse de phé- "nomènes créés par son esprit au moment où je lui parle et en "rapport avec le mot que j'ai prononcé. C'est une émotion ancien- "ne construite peu à peu à la suite de ses malheurs de famille et "de ses chagrins trop réels. Cette émotion s'est systématisée et "elle est toute prête à fonctionner maintenant, à tort et à travers. "Il y a, en un mot, des émotions automatiques comme des actes "automatiques et celles-ci, comme toujours, sont conservées et "exagérées... Cette exagération de l'émotion tient ... au rétré- "cissement du champ de conscience qui les oblige à avoir des "idées isolées, sans pensées antagonistes, sans contre-poids".

Le rétrécissement du champ de conscience explique aussi l'irritabilité, les réaction coléreuses, les sentiments de jalousie. Quant à la coquetterie, l'érotisme, JANET en réfute le caractère hystérique ; ce ne sont là que des "conduites de légende". Il refuse également d'admettre le mensonge des hystériques qui "ne mentent pas plus que le commun des mortels".

b) En définitive JANET réhabilite quelque peu l'hystérique, individu normal auquel est arrivé un accident mental qui l'a rendu faible et infantile. En cela, son attitude s'oppose très nettement à une autre forme de jugement classique qui faisait de l'hystérique un être abject, rebut de la féminité, le même "fourre-tout" de défauts variésque de symptômes inexplicables.

Rappelons, par exemple, quelles étaient les conceptions d'un psychiatre comme REGIS. "Dès le jeune âge, les fu-"tures hystérique se font remarquer par des caractères particu-"liers... impressionnables, coquettes, cherchant à fixer sur "l'attention, habiles à feindre et à mentir, sujettes, en outre, "aux terreurs nocturnes, aux rêves, aux cauchemars ; elles sont "encore bizarres, capricieuses, fantasques, impudiques, érotiques, "superficielles...".

c) AMSELLE, élève de BERNHEIM, prend la défense de l'hystérique : elle est souvent douce, gentille, aimable, travailleuse ; elle n'est guère plus menteuse ou coquette que les autres femmes. "Tous les caractères peuvent se rencontrer chez "elles : beaucoup sont timides, réservées, pudibondes, modestes ; "certaines sont très compatissantes, très humanitaires, sensibles "aux douleurs des autres, exclusivement bonnes, incapables de "mentir... D'autres, en revanche, sont sournoises, coléreuses, "méchantes, vicieuses, perverses, menteuses... En un mot, tous "les caractères possibles, avec leur modalités diverses, existent "chez les hystériques comme chez les autres femmes, et si l'on "veut bien étudier le caractère des hystériques sans parti-pris ni "idées préconçues, on voit que sa caractéristique est impossible "à donner".

d) A la suite de ces critiques pertinentes, mais stériles on se trouve devant de grandes difficultés pour tenter de circonscrire la personnalité des hystériques. Aussi l'effort va-t-il porter vers l'isolement d'un trait fondamental nécessaire et suffisant,

d'où découlerait tous les autres. A la théorie acquise du rétrécissement de conscience, vont s'opposer des théories constitutionnalistes ; l'hystérie ne s'explique plus par la prépondérance d'une émotion isolée dans une conscience étroite et affaiblie, mais par la domination d'une représentation exacerbée par la richesse de l'imagination : pour employer une grossière comparaison, ce n'est plus le contenant qui se rétrécit, c'est le contenu qui s'épanouit.

Cette théorie sera soutenue en France par LOGRE, DUPRÉ, HARTEMBERG. Pour ce dernier, ainsi, les hystériques sont comme les autres. Mais leurs qualités et leur défauts subissent une modification dans leur présentation ; c'est une question de forme et non de nature. "Si, en vérité, l'hystérique n'est "peut-être pas plus souvent pervers que d'autres, il manifeste ses "perversités, lorsqu'il les possède, d'une façon particulière qui "lui est propre. Ce n'est pas, en effet, le mensonge, la vanité, la "coquetterie, la malignité, l'impudeur, qui sont hystériques par "eux-mêmes, c'est la façon dont ces sujets se montrent menteurs, "vaniteux, coquets, malfaisants, impudiques, qui est hystérique". Tous les sentiments, tous les actes sont revêtus d'une dramatisation théâtrale qui leur donne une physionomie particulière. C'est l'imagination débordante, la fabulation qui est la cause unique des conduites hystériques.

De même pour DUPRÉ et LOGRE, l'hystérie est la mythomanie des symptômes, et se résoud par une formule : mythomanie plus psycho-plasticité. C'est une tendance au mensonge assez spéciale, peu utilitaire, proche de la rêverie et de la fabulation, qui peut être assimilée à l'identification à un malade. L'hys-

térique est un menteur qui se sert de son corps pour emporter la conviction.

Dans cette conception, le rétrécissement du champ de conscience lui-même n'est qu'une conséquence des débordements de l'imagination. En effet, bon nombre de gens ont une intelligence étroite, doivent par exemple arrêter de travailler pour pouvoir parler, ne pouvant mener deux activités de front. S'ils n'en deviennent pas hystériques pour autant, c'est qu'ils leur manquent l'intensité de la représentation, seule cause de l'hystérie. "Tous ces éléments, suggestibilité et autosuggesti- "bilité, émotivité qui s'extériorise, mobilité, implusivité, ten- "dance aux rêves animés, au somnambulisme, à l'activité auto- "matique, avec ses conséquences, distractions, amnésies, ainsi "que les perversions du caractère à cachet hystérique, se ramè- "nent tous à une disposition unique de cette mentalité, l'excès "d'imagination plastique".

e) Pour CLAUDE, la dissociation des fonctions psychiques évoquée par JANET atteint un degré élevé, réalisant l'état fonctionnel de "schizose". Elle se réalise, non pas cette "fois sur un terrain normal, mais chez un individu constitution- "nellement perturbé par un "névrosisme". "Une hyperesthésie "sensitivo-sensorielle qui a comme conséquence de créer, dans "l'esprit du sujet, une tendance à la désagrégation des états psy- "chiques".

Ce névrosisme fondamental aboutit à un défaut de régulation des processus psychiques qui s'exprime dans l'hyperémotivité, la labilité d'humeur, le caractère excessif des émotions.

Tous les sentiments, les émotions sont essentiellement variables, sous l'influence de la désagrégation de la synthèse mentale.

L'hystérie est une manière de schizophrénie fonctionnelle, qui ne diffère de la psychose que par sa moindre gravité. "C'est une capacité particulière de dissociation fonctionnelle et "de fixation inconsciente ou subconsciente qui permet de placer "ces sujets dans le cadre hystérique, et qui sert de transition "vers les états catatoniques avec manifestations cataleptiques".

f) BARUK compare, lui aussi, l'hystérie à la schizophrénie. Mais la personnalité, dissoute dans la psychose, est seulement inhibée dans l'hystérie. Ainsi l'hystérique, contrairement au schizophrène, peut être sensible à la persuasion.

L'hystérie résulte surtout d'un manque de volonté. "Cette faiblesse de la volonté n'apparaît pas au premier abord... "En effet, suivant une illusion d'optique bien connue, ce sont les "sujets qui ont la volonté la plus faible qui donnent au premier "abord l'impression d'avoir le plus de volonté ; ils ne peuvent "se contenir, ils ne peuvent se discipliner eux-mêmes ni s'as- "treindre à se plier aux exigences de la vie ambiante ; ils sont "donc souvent impératifs, coléreux, cassants et, souvent, le "manque d'équilibre est compensé par un dynamisme excessif... "Si l'ambiance résiste, et s'il leur faut faire un effort sur eux- "mêmes pour s'adapter, se discipliner au prix de certains sacri- "fices, c'est la révolte intérieure, la dérivation interne des éner- "gies et, finalement, les crises. En un mot, ces sujets ont parfois "une psychologie dictatoriale".

g) A la suite de tous ces auteurs qui ont tenté de simplifier l'état mental de l'hystérique en le ramenant à une composante unique, mais diversement considérée, H. EY tente de donner une vision globale qui résume tous les traits observés de fait chez les malades. Dans une conception organo-dynamiste, il admet une lésion organique primordiale du niveau le plus élevé, celui de l'intégration des fonctions psychiques et psychomotrices très proche de l'activité volontaire. La dissociation de la conscience fragmente les idées, leur donne une forme discontinue, très intense, mais sans liaison possible avec d'autres idées. La volonté, qui consiste à inhiber une émotion primaire par un jugement, est donc impuissante

La mentalité hystérique comprend quatre chapitres.

- le déséquilibre psychomoteur et émotionnel. L'hystérique est déséquilibré, nerveux, sujet aux tics, bégaiements. Il est impressionnable, émotif (syncopes, crises de nerfs, troubles vasomoteurs).
- le grossissement caricatural des traits de caractère. Comme BERNHEIM et HARTEMBERG, EY se refuse à considérer le mensonge, la vanité, la coquetterie comme des traits hystériques ; la caractéristique est dans le mode d'expression de ces défauts. Il y a, chez l'hystérique, un "exhibitionnisme de la tare".
- l'imagination exacerbée. C'est une débauche de fabulation, avec caprice, instabilité, rêverie. L'esprit est romanesque et fantasque. L'hystérique a donc une prédilection pour les voyages, les arts d'imagination, la mise en scène et les attitudes fictives. Une certaine tendance à falsifier la vérité peut être responsable

d'actes antisociaux : mystification, calomnie, escroquerie, abus de confiance. H. EY reprend le caractère factice de l'hystérique qui donne "toute l'image, rien que l'image" (LOGRE). Cette exubérance de la fiction et de la rêverie est l'aspect fondamental des hystériques dont "le mensonge lui-même est faux, car il est inconscient".

- la conduite hystérique résulte de la facticité exubérante de l'idée et du déséquilibre de l'émotivité. "Aventures, passions, capri-"ces, excentricités, transes, colères, désespoirs, projets, en-"treprises, faux suicide, horreur du travail régulier et modeste "et grandes entreprises ébauchées, mènent les hystériques à se ré-"aliser dans les professions artistiques : ellesseront vedettes "de cinéma, danseuses, prostituées parfois, toujours scanda-"leuses et plongées dans le drame quotidien".

L'étude détaillée de H. EY résume les idées actuelles en France.

2 - Les conceptions de l'hystérie à l'étranger.

a) KRAEPELIN en 1899 (6ème édition du Traité) analyse la personnalité hystérique, responsable de la production rapide et variée de symptômes corporels.

- l'intelligence est essentiellement superficielle, bien que rapide. Le jugement est crédule. Tout ce qui est nouveau est attirant, et les hystériques sont impressionnables.
- l'humeur est variable, stimulable à l'excès. Il existe un défaut d'inhibition, et les sujets prennent vite parti et sont concernés par tout.
- la falsification est habituelle, liée au désir d'améliorer la réalité, de la rendre plus captivante.

- il se produit une exacerbation de l'égocentrisme au dépens de l'intérêt général.
- la volonté enfin est faible et influençable.

KRAEPELIN a décrit également les escrocs pathologiques (pseudologica phantastica) qui sont volontiers, mais non toujours, des hystériques. Il s'agirait de deux manifestations proches d'une même dégénérescence.

b) Pour JASPERS, l'hystérique s'individualise surtout par son besoin de paraître plus qu'il n'est qui suscite une vie factice, théâtrale ; tout est superficiel et visant un public ; l'amour est mensonger, seul le rôle compte.

c) K. SCHNEIDER a adopté cette position en décrivant des "psychopathes qui ont besoin de se faire valoir". Toutefois, ce tableau ne lui paraît pas rendre compte des manifestations des hystériques. Il s'agit d'ailleurs, comme pour KRAEPELIN, d'hommes dans les 3/4 des cas et, écrit l'auteur, "c'est " folie de chercher le fondement de telles réactions hystériques "dans un caractère hystérique ", si ce n'est que le sujet utilise la maladie simulée pour se faire valoir.

Cependant, la description du caractère de ces psychopathes mythomanes ressemble à celle du caractère hystérique : imagination, mythomanie, suggestibilité, amour de soi, attrait du nouveau, impulsivité... Aussi nous trouvons là le premier exemple d'une discordance entre le caractère hystérique et les manifestations corporelles que nous retrouverons dans les études statistiques ultérieures.

d) KRETSCHMER tente en 1924 de faire la synthèse des différents types. Il oppose en effet une hystérie "sociale" à une hystérie "au sens restreint". qui groupe "les réactions des "jeunes et des femmes à certaines situations familiales et éro- "tiques, ainsi que les productions de certains types de psycho- "pathes ayant des prédispositions hystériques fortes comme par "exemple les "escroc pathologiques " ".

Dans les cas d'hystérie sociale, les personnalités sont très variables.

Dans les hystérie "au sens restreint" existe une "prédisposition endogène". Cette prédisposition (qui n'est pas une personnalité commune mais seulement un ensemble de traits en quelque sorte facilitateurs) peut prendre deux aspects :

- soit l'escroc pathologique qui se sert de la maladie,
- soit le "type féminin prépubertaire" ou "petite fille permanente" souvent sexuellement infantile et dont le système neurovégétatif est très excitable. C'est ici que l'on retrouve l'absence d'inhibition, le manque de contrôle volontaire, la fixation à un stade infantile immature.

e) D'autres psychiatres, comme BLEULER, ont adopté ces conceptions. Celui-ci, en effet, admet également la distinction entre certaines réactions hystériques survenant chez des individus de personnalités variées, prenant pour modèle l'hystérie de guerre, et affectant volontiers l'homme, et l'hystérie "au "sens commun" dont les manifestations surviennent chez des femmes, chez lesquels on retrouve le besoin de se faire valoir.

f) Pour MAYER-GROSS, SLATER et ROTH, le trouble fondamental est un manque d' "insight", un défaut de pénétration psychologique, s'accompagnant de frigidité, d'égocentrisme, de possessivité affective, de goût pour les superlatifs.

Il existe tous les intermédiaires entre la réaction hystérique à un traumatisme violent chez un sujet presque sain et le sujet dont la personnalité anormale provoque des incidents dès le moindre conflit.

3 - Approche moderne de la personnalité hystérique : avènement de la statistique dans les études récentes anglosaxonnes et scandinaves.

Il ressort de ce qui précède une grande imprécision concernant les définitions. La personnalité hystérique est-elle la personnalité des hystériques ? Faut-il suivre les efforts de ceux qui tentent de ramener l'ensemble des traits de caractère hystérique à un seul fait fondamental : inhibition de la volonté avec suggestibilité, mythomanie et dérèglement de l'imagination, manque d'introspection, ou tenter au contraire de décrire une personnalité hystérique qui additionne ces différents facteurs, aucun n'étant considéré comme étiologique ?

a) CHODOFF et LYONS (1958) ont proposé une définition précise ; ils remarquent en effet qu'il est impossible, à l'heure actuelle, de savoir ce que désigne le terme d'hystérique. Il peut s'agir, soit d'un caractère ou d'une personnalité dont les caractéristiques sont à préciser, soit d'un symptôme dit hystéri-

que mais qui pour certains peut être un symptôme psychosomatique, soit de l'hystérie d'angoisse des psychanalystes, qui est la névrose phobique, soit d'un mode de comportement psychopathique ; il n'est pas rare enfin que ce terme ne soit pour le médecin qu'une manière de manifester sa réprobation à l'égard du malade. L'urgence d'une définition nette est certaine, mais elle est si difficile à établir que les membres de la commission de nomenclature n'ont pu se mettre d'accord pour le Manuel statistique de l'A.P.A. Pour établir leur synthèse, les auteurs ont utilisé les textes de douze auteurs qui sont : ZIEGLER et PAUL (1954), MARMOR (1953), ALEXANDER et ROSS (1952), REICH (1949), FENICHEL (1945), HIMSIG et SHATZKY (1940), NOYES (1939), SIEGHAM (1954), WECHSLER (1927), WITTELS (1930), BLEULER (1924), KRETSCHMER (1926).

Sept facteurs sont indispensables à la définition :

1. égoïsme, vanité, égocentrisme, complaisance à l'égard de soi
2. exhibitionnisme, dramatisation, mensonges, exagération, théâtralisme, histrionisme, phantasmatisation, simulation
3. débridement des instincts, labilité émotive, superficialité, caprices, absence de contrôle, inconsistance et excès dans l'émotivité
4. inauthenticité des émotions et des sentiments
5. lascivité, érotisation des contacts, coquetterie, provocation
6. frigidité, immaturité sexuelle et appréhension devant la sexualité
7. la suggestibilité paraît moins importante pour les auteurs modernes, et pourrait être remplacée par la dépendance affective, le besoin d'amour s'exprimant entre autre en psycho-

thérapie par le caractère massif et exigeant du transfert.

L'hystérique est donc un sujet vain et égocentrique, dont l'affectivité apparemment exacerbée est en réalité superficielle et changeante, dont le comportement théâtral est phantasmatique et aisément mensonger, qui, intéressé excessivement par les problèmes sexuels, est provocant mais frigide ; il se situe par rapport à l'autre, dans la position de celui qui exige l'amour.

b) ZIEGLER, IMBODEN et MEYER, en 1960, refusent d'admettre la notion de personnalité hystérique, tant les traits de caractère qu'ils observent leur semblent disparates. Ils proposent d'envisager plutôt la "personnalité histrionique", suivant en cela les conceptions de ERIKSON et d'HENDERSON et GILLESPIE. C'est insister sur la nécessité du public pour l'hystérique, sur les difficultés qu'il rencontre à maintenir des identifications durables, la facilité qu'il a à entrer dans un rôle et qui explique sa suggestibilité.

c) PERLEY et GUZE définissent également l'hystérie mais plutôt sur le plan du symptôme. Nous avons vu ci-dessus les critères multiples qu'ils exigent. De sorte que l'hystérie se présente comme une affection touchant essentiellement la femme, s'accompagnant souvent de symptômes somatiques, mais aussi d'une manière spécialement théâtrale et dramatique de les offrir à l'entourage, de douleurs variées, de troubles sexuels, d'anxiété, d'hospitalisations et d'interventions trop nombreuses. Le comportement histrionique et la quête de l'attention de l'entourage

sont habituels, mais n'autorisent pas, en l'absence de troubles somatiques, à porter le diagnostic d'hystérie.

Les auteurs justifient leur point de vue en montrant la validité de leurs critères puisque, lors d'une analyse effectuée 6 à 8 ans après, le diagnostic concorde dans 90% des cas. Cette uniformité du tableau clinique s'oppose aux constatations de ceux qui n'étudient que les réactions de conversion et se trouvent alors devant des tableaux très disparates. En effet, les cas de conversion ne s'accompagnant pas des éléments du "syndrome hystérique", isolés, sans plaintes somatiques multiples, touchant des hommes, débutant éventuellement tard (après 30 ans) et chez des sujets considérés jusque là comme normaux, font souvent la preuve d'une étiologie différente : schizophrénie, psychopathie, toxicomanie, alcoolisme, démence, ou affection organique (hyperparathyroïdie, porphyrie, tumeur cérébrale, leucémie...)

Une telle définition exclut l'homme, qui est sujet à des conversions rentrant dans d'autres cadres, névrose de compensation ou psychopathie.

d) PURTELL et ROBINS ont une idée voisine de la personnalité hystérique ; elle se rencontre exclusivement chez la femme comme le montre la comparaison des pourcentages rencontrés dans la recherche des éléments principaux de cette personnalité.

	Femmes	hommes
nombre de symptômes	20	11
opérations	2,8	1,6
absence de trouble allégué principal	52%	24%
récit dramatique du passé	92%	16%
besoin de se raconter	92%	16%
hyperaffectivité apparente	80%	8 %

Remarquons l'importance pour les auteurs de la fréquentation médicale excessive, de la multiplicité des symptômes contrastant avec l'absence de plainte somatique précise principale.

e) LJUNBERG reprend la définition de la personnalité hystérique de JANET. Elle qualifie des sujets prompts à apprendre et à oublier, qui ont tendance à s'imposer à la foule et à l'induire en erreur. Leur enthousiasme s'éveille vite et s'apaise plus vite encore. Ils ont un besoin aigu de changement et peuvent, secondairement, être qualifiés d'égocentriques car ils tiennent à être le centre de l'attention.

f) T. LEMPERIERE, en 1965, reprend les caractéristiques de la personnalité hystérique en huit catégories :

1. histrionisme (62%)
   - présentation théâtrale
   - dramatisation
   - recours à des formules imagées ou outrancières
   - plasticité de la personnalité
   - identifications massives et labiles
   - mobilité des rôles en fonction de l'auditoire (changement à vue)
   - connaissance empathique d'autrui, comme l'acteur "sent" son public
   - besoin d'attirer l'attention, d'être en scène, c'est-à-dire de polariser l'intérêt en restant à distance
2. puérilisme (54%)
   - de la présentation : coiffure de petite fille, robe de pen-

Remarquons l'importance pour les auteurs de la fréquentation médicale excessive, de la multiplicité des symptômes contrastant avec l'absence de plainte somatique précise principale.

e) LJUNBERG reprend la définition de la personnalité hystérique de JANET. Elle qualifie des sujets prompts à apprendre et à oublier, qui ont tendance à s'imposer à la foule et à l'induire en erreur. Leur enthousiasme s'éveille vite et s'apaise plus vite encore. Ils ont un besoin aigu de changement et peuvent, secondairement, être qualifiés d'égocentriques car ils tiennent à être le centre de l'attention.

f) T. LEMPERIERE, en 1965, reprend les caractéristiques de la personnalité hystérique en huit catégories :

1. histrionisme (62%)
   - présentation théâtrale
   - dramatisation
   - recours à des formules imagées ou outrancières
   - plasticité de la personnalité
   - identifications massives et labiles
   - mobilité des rôles en fonction de l'auditoire (changement à vue)
   - connaissance empathique d'autrui, comme l'acteur "sent" son public
   - besoin d'attirer l'attention, d'être en scène, c'est-à-dire de polariser l'intérêt en restant à distance
2. puérilisme (54%)
   - de la présentation : coiffure de petite fille, robe de pen-

7. érotisation des relations individuelles (35%)
8. mythomanie (35%)

Les éléments de cette personnalité sont donc retrouvés chez les hystériques (femmes) avec une fréquence assez significative.

g) HOJER-PEDERSEN -1965) envisage le "type hystérique" selon des normes à peu près classiques : il est caractérisé (REICH, 1933) par une certaine erotisation labile et dramatique du comportement et des expériences.

- la coopération. L'hystérique a un contact positif et accrocheur. Le comportement est infantile. Elle agit et réagit avec violence, s'exprime dramatiquement. L'exagération paraît inconsciente, elle met en relief certains points mineurs en réduisant au contraire les sujets graves. Le besoin d'affection est exacerbé, avec tentatives de séduction. La mythomanie est possible mais il n'y a pas de grande imagination fantaisiste et le mensonge lucide est impossible.
- les fonctions intellectuelles. Sont caractérisées par la pauvreté de l'introspection, du sens de la réalité, de la concentration et de la mémoire.
- le caractère se manifeste par la sensibilité, l'hyperréactivité la suggestibilité, l'égocentrisme, la variabilité de l'humeur (poïkilothymie). La dépendance émotionnelle est forte mais non passive, et le sujet a tendance à extérioriser ses conflits et ses problèmes
- la relation à l'autre est particulière : "La femme hystérique, "avec sa relation ambivalente à son père, choisit souvent un

"mari passif et porte alors ses offensives vers les hommes "avec lesquels elle pense qu'elle aurait dû se marier, si elle "en avait eu le courage, dont l'estime et l'admiration deviennent "la condition de sa survie".

Pour la première fois, semble-t-il, une description de la personnalité hystérique de l'homme est proposée :

- Il est plus calme et se domine mieux, peut-être du fait de l'intolérance sociale à l'expression émotionnelle chez l'homme dans notre culture.
- Il est affecté, inisnueux, calculateur. Il essaie d'obtenir des avantages économiques, d'être débarassé du travail et des responsabilités.
- Sa relation avec sa mère, ambivalente, entraîne un caractère plus régressif que celui de la femme. Il est phallique-narcissique avec une structure narcissique, parfois des éléments hypochondriaques ou psychosomatiques, ou une psychopathie hystériforme.

A côté du caractère hystérique, l'auteur envisage le caractère hystériforme : manifestations équivalentes, mais liées à une structure préoedipienne et non oedipienne (MARMOR, RANGELL, ARLOW). Il y a plus d'ambivalence et d'aggressivité, une peur névrotique consciente, un sentiment de culpabilité et de plus grandes difficultés d'adaptation. La névrose hystériforme est prépsychotique.

B - PERSONNALITE HYSTERIQUE ET SYMPTOMES SOMATIQUES DE CONVERSION.

La notion de personnalité hystérique s'est donc peu

à peu dégagée de l'observation des sujets qui présentaient des symptômes hystériques. Or non seulement sa définition se heurte, nous l'avons vu à de grandes divergences de conceptions mais encore l'utilisation de cette notion conduit à une situation paradoxale : les sujets dont la personnalité paraît hystérique ne présentent pas des symptômes somatiques avec une fréquence particulière et, inversement, les symptômes de conversion ne se limitent pas aux sujets "hystériques".

Une étude de la fréquence de la personnalité hystérique dans une population donnée, puis de la fréquence des manifestations somatiques et de leur concordance avec la personnalité, serait du plus vif intérêt mais n'a jamais, à notre connaissance, pu être établie.

Il est bien plus aisé de parcourir le chemin inverse et d'examiner quelle est la personnalité des sujets qui présentent des manifestations de conversion. Cette étude portera nécessairement sur les publications récentes puisque les auteurs anciens, non seulement ne pratiquaient guère d'analyse statistique, mais encore considéraient par définition que la personnalité qu'il décrivaient représentait celle des hystériques.

1 - Certains auteurs, sans fournir d'étude statistique, avancent l'opinion d'une certaine concordance. Pour eux les symptômes affectent de préférence les sujets ayant un "caractère hystérique". Cette opinion est retrouvée dans le manuel de EY, le chapitre de MALLET ; les études de JASPERS aboutissent à la notion d'une relation certaine entre le caractère hystérique et la fréquence de la conversion ; pour WECHSLER, "bien que les symptômes hysté-

"riques puissent apparaître de manière brutale et inexplicable, "ils ne surgissent généralement pas chez un sujet qui n'a pas "montré auparavant des signes de caractère ou de personnalité "hystérique" ; pour MARMOR, les symptômes hystériques dépendent d'un caractère hystérique sous-jacent.

2 - L'absence de concordance est souvent la conclusion d'études théoriques.

Rappelons rapidement que pour KRAEPELIN les symptômes peuvent toucher des personnalités quasi-normales, surtout chez l'homme, ce que reconnaît aussi KRETSCHMER.

Les malades de KRAULIS (1913) sont tous des psychopathes, c'est-à-dire des sujets déséquilibrés, contents d'eux et asthéniques ; il y a fort peu de personnalités hystérique typiques à l'origine des accidents de conversion. PANSE admet aussi (1939) que les réactions de conversion surviennent volontiers chez des psychopathes sans volonté. Pour HOFFMANN (1934), la conversion somatique touche aussi les personnalités psychopathiques.

STRUMPEL (1935) écrit qu'il n'y a probablement aucune connection que ce soit héréditaire ou biologique entre le caractère hystérique et les réactions de conversion. Dans des séries de jumeaux, il a vu apparaître des personnalités hystériques sans accidents de conversion ; à l'inverse, des réactions de conversion affectent volontiers diverses personnalités anormales mais pas spécialement hystériques.

Il faut citer encore de nombreux psychiatres considérant que la réaction de conversion touche des personnalités perturbées de types divers, pas uniquement hystériques : HOCHE (1902)

GAUPP (1911), STERN (1912), REICHARDT (1918), BRAUN (1928), KAHN (1931).

BOWLEY rapporte que, sur 11 malades porteurs de réactions de conversion, les personnalités sont de types très variés ; le caractère hystérique n'a pas de rapport avec les symptômes somatiques.

Une attitude très nette a été prise sur ce sujet par NYSSEN et justifie que nous nous y attardions un peu plus. Il pose d'abord la question de savoir si, dans les cas où le sujet, au cours de l'épisode de conversion, paraît être franchement hystérique (mensonge, mise en scène...), il est légitime d'admettre qu'il l'était avant ? Il est possible qu'un sujet de personnalité antérieurement normale, s'il se trouve amené à produire une manifestation de conversion, se montre en même temps menteur, hyper-émotif et histrionique (cette question de la validité de l'analyse du caractère au cours de l'accident a été posé par PERSE à propos des études psychométriques et a soulevé un problème capital).

NYSSEN conclut d'autre part :

a) Rien ne s'oppose à l'existence d'un type psychopathique qui se caractériserait par les tendances anormales et même perverses que de nombreux auteurs ont cru devoir attribuer à un état hystérique constitutionnel. Toutefois, une relation étroite entre une telle constitution psychopathique et les manifestations hystériques n'existe pas.

b) On relève, en général, chez les personnes qui présentent des manifestations hystériques, des troubles caractériels d'ordre

névropsychopathique. Cependant, dans la grande majorité des cas, il s'agit de traits caractériels hétérogènes et nullement évocateurs d'une constitution déterminée.

c) Certains états hystériques paraissent liés à un conflit violent et on ne peut relever dans les antécédents du sujet aucun indice de personnalité pathologique. Il s'ensuit que l'existence actuelle de manifestations hystériques somatiques ne permet de préjuger en rien de l'existence d'une constitution non seulement hystérique mais même névrotique ou psychopathique, la personnalité antérieure pouvant fort bien être normale.

3 - Les études statistiques témoignent aussi de l'absence de concordance.

a) La plus grande statistique est celle de LJUNBERG, portant sur 363 cas de conversion. Il a recherché dans ce groupe, d'une part la fréquence des personnalités déviantes (représentant en fait le caractère), d'autre part des personnalités pathologiques (dont le degré plus marqué correspond aux états névrotiques, faisant souffrir l'individu, ou psychopathiques, faisant souffrir la société).

Il envisage les personnalités suivantes :

- la personnalité hystérique (d'après JANET) : 17,8% des hommes
  22,2% des femmes
- la personnalité psycho-infantile (d'après LINBERG, 1950). IL s'agit d'une forte dépendance affective (mari, femme, enfants) qu'accompagne un grand besoin d'être guidé, commandé. Le comportement est infantile, l'attitude est crédule. Les sujets cherchant protection autour d'eux. Ils manquent d'indépendance

et éprouvent le besoin constant d'être rassurés. Ce comportement leur assure une situation privilégiée dans leur famille, où ils sont plus choyés et protégés que les autres enfants :

6,2% d'hommes

11,5% de femmes

- la personnalité psychasthénique, décrite par JANET (1903), qualifie un sentiment aigu d'insuffisance, avec asthénie physique et intellectuelle. Il s'agit de sujets fatigués et anxieux, que ce manque d'énergie empêche de se décider : hésitants, incapables de choisir, ils ont horreur des évènements imprévus, et aiment l'ordre et la routine qui les rassurent. Ils manquent d'assurance, ont du mal à se concentrer, s'estiment peu

9,3% des hommes

7,3% des femmes

Les autres personnalités que les réactions de conversion affectent :

- la personnalité cycloïde (KRETSCHMER) :

5,4% des hommes

1,7% des femmes

- la personnalité ixoïde (STROMGREN) qui correspond en France à la personnalité épileptique, adhésive, visqueuse, glyschroïde (Minkowska)

3,1% des hommes

3% des femmes

- la personnalité schizoïde (KRESTSHMER) : 1,6% des hommes
- la personnalité obsessionnelle (MAYER-GROSS) : 0,9% des femmes. De sorte que les personnalités hystériques, quoi que les plus fréquentes, ne représentent que 1/5 des cas. Il faut remarquer

la similitude de la répartition dans l'un et l'autre sexe.

Ainsi que la fréquence des sujets normaux :

- 56% des hommes
- 53,4% des femmes

Au point que l'on peut se demander si, compte tenu de la rareté des personnalités réellement pathologiques (3,1% des hommes, 12% des femmes), cette répartition ne représente pas la distribution normale des personnalités déviantes dans un échantillon de population.

b) Ces résultats sont proches de ceux de SLATER (1943) qui trouve aussi 57% de personnalités normales chez des hommes hystériques (à l'armée), et fort peu de psychopathes.

c) La statistique de STEPHENS et KAMP conclut de même à la relative rareté des personnalités hystériques, que ce soit actuellement, ou autrefois. L'intérêt de leur étude est en effet la comparaison de deux groupes :

- A : 50 malades de 1913 à 1920 (14% d'hommes)
- B : 50 malades de 1945 à 1960 (12% d'hommes)

Les personnalités se répartissent comme suit : (sur 50)

	A	B
- passive dépendante	18	20
- passive agressive	6	3
- schizoïde	4	8
- instable émotive	6	8
- obsessionnelle	7	5
- inadéquate	5	1
- hystérique	4	5

La personnalité hystérique est rare, et les auteurs insistent par contre sur la fréquence de l'immaturité affective en rapport avec une carence affective fréquente (48% en A et 60% en B : évidence de manque de l'un ou des deux parents alors que, chez les schizophrènes par exemple, on retrouve 28% de manque seulement).

d) ZIEGLER, IMBODEN et MEYER (1960), sur 134 hystéries de conversion (18% d'hommes) jugent que "moins de la moitié de nos malades présentaient ce qu'on appelle le caractère hystérique". Il y avait 40 déprimés, 19 schizophrènies incipiens, ainsi que de névroses d'angoisse et des adolescents souffrant de problèmes d'indentification.

e) GUZE et PERLEY nient également la concordance puisqu'ils remarquent, pour l'éliminer de leur statistique, la fréquence des conversions ne s'accompagnant pas des autres traits de caractère.

f) CHODOFF et LYONS, à qui nous devons la description de la personnalité hystérique, ne l'ont rencontrée que dans 3 cas sur 17 cas de conversion (dont 15 hommes, il est vrai, ce qui modifie probablement les données statistiques). Les autres sujets ont des personnalités variées :

- passive dépendante	6
- passive agressive	1
- instable	2
- psychopathique	2
- schizoïde	2
- paranoïaque	1

g) ROBINS et PURTELL retrouvent 92% d'attitude hystérique chez la femme : description exagérée de la maladie, dramatisation des souvenirs, multiplicité des interventions chirurgicales, besoin de se faire plaindre... 16% seulement des hommes sont ainsi. Mais on peut se demander, étant donnée la discrétion du type de symptôme qu'ils observent (voir ci-dessus), si le diagnostic d'hystérie chez la femme ne repose pas pour eux justement sur la présence de traits du caractère hystérique qui permettent seuls de traiter d'hystériques des symptômes qui, sinon, auraient pu paraître psychosomatiques ou hypochondriaques.

Chez l'homme, au contraire, le critère qui leur permet de prendre en considération les mêmes symptômes, pour le moins mineurs et qui n'ont, en tout cas, aucun des caractères de la conversion hystérique, est l'existence d'un bénéfice matériel escompté, retrouvé dans 100% des cas. Ici encore, la valeur statistique est discutable car les symptômes présents n'auraient pas été considérés comme hystériques en l'absence de bénéfice matériel.

h) GUZE (1964), dans son étude des réactions de conversion chez les criminels, montre combien les symptômes hystériques sont fréquents chez les psychopathes. Ceux-ci ont une personnalité psychopathique ordinaire, où l'on peut remarquer cependant la fréquence accrue de l'alcoolisme, des difficultés conjugales (divorces), des tentatives de suicide, et des hospitalisations antérieures en milieu psychiatrique.

	criminels présentant des accidents de conversion	autres criminels
- alcoolisme	69%	43%
- toxicomanie	15%	5%
- anxiété	38%	12%
- tentative de suicide	31%	5%
- hospitalisation psychiatrique	38%	7%
- bagarres	92%	64%
- difficultés professionnelles	73%	34%
- difficultés conjugales	100%	48%

i) En 1965, SCHNEIDER envisage le problème de la concordance des symptômes avec la personnalité d'une manière légèrement différente en élargissant beaucoup le cadre de l'hystérie (à la névrose d'angoisse et aux manifestations psychosomatiques entre autres). Personnalité et névroses hystériques sont rares chez l'homme et fréquentes chez la femme ; c'est le contraire pour les réactions hystériques.

On ne peut donc manquer d'être frappé par la divergence des opinions concernant la personnalité des sujets faisant des épisodes de conversion. Ceux-ci seraient hystériques dans 9% des cas pour STEPHENS et KAMP, 20% pour LJUNBERG, moins de 50% pour ZIEGLER, 82% pour T. LEMPERIERE, 92% pour ROBINS. Ces statistiques sont, soit féminines ou à peu près, soit identiques dans les deux sexes. Ce n'est donc pas le pourcentage d'hommes qui explique les divergences mais plutôt des différences de conception et de recouvrement.

On ne peut donc préciser les rapports entre les symptômes et la personnalité.

Y-a-t-il d'autant plus de risques de conversion que la personnalité est plus hystérique ? Les faits semblent montrer que non. En effet une personnalité hystérique réussie est déjà pour celui que gouverne une soif d'amour exprimée et un besoin infantile de valorisation, une solution souvent satisfaisante.

On peut considérer, dès lors que, pour un sujet ayant une personnalité hystérique très marquée, la conversion manifeste l'échec de la conduite hystérique ; en général, cette conduite suffit à l'individu pour obtenir plus ou moins ce qu'il désire, soit dans le refuge imaginaire, soit dans la réalité grâce à sa séduction ou à ses comédies.

Il n'existe pas d'étude statistique de la fréqence comparée des personnalités hystériques et des réactions de conversion. Mais il semble que la réaction de conversion soit non pas la conséquence de la personnalité hystérique mais , au même titre que la personnalité, un mode de défense contre la société de la part d'un sujet névrotique exigeant l'amour et intolérant aux frustations.

On peut tenter de montrer cette attitude par le biais des épreuves psychométiques. Ainsi, dans le M.M.P.I., on peut distinguer les items en deux groupes : 0 = évidents

S = subtils

WIENNER les a définis :

- les items évidents sont ceux dont la réponse ne donne pas lieu à une interprétation de la part du psychologue (exemple : j'ai mal à la tête)

- les items subtils sont ceux à partir desquels on juge de la bonne foi du sujet (exemple : je me tiens mieux à table en société que lorsque je suis seul. A cette proposition, 95% des sujets normaux répondent oui. La réponse non permet de juger, non le comportement du sujet, comme dans l'item évident, mais seulement sa lucidité ou sa sincérité. S'il répond non, cela veut dire non pas qu'il se tient bien à table quand il est seul, mais

  - soit qu'il ment en cherchant à se faire valoir,
  - soit qu'il se prend pour ce qu'il voudrait être.

  ce qui peut être l'indice soit d'une personnalité paranoïaque, soit d'une personnalité cherchant à jouer un beau rôle, une personnalité hystérique).

Dans l'échelle HY du M.M.P.I., les items 0 évidents sont le plus souvent des questions d'ordre physique (liées à une conversion possible) et les items S subtils montrent l'idée que le sujet se fait de lui-même.

Si la tendance à la somatisation était proportionnelle à l'intensité de la personnalité hystérique, les deux notions évolueraient dans le même sens et la corrélation serait positive. Or elle est fortement négative (= - 46), ce qui signifie qu'il y a d'autant plus de refuge dans la maladie que l'attitude est moins hystérique et inversement.

Des conclusions analogues peuvent être tirées de l'article de LITTLE et FISHER qui utilisent les items Ad (admission : le sujet admet l'existence d'un symptôme physiologique) et Dn (dénégation : le sujet dénie une proposition pourtant exacte en ce qui le concerne ; il manque de lucidité, d' "insight"). On peut assimiler Ad à 0 et Dn à S. Dans cette étude, chez l'hystérique, la

corrélation est négative (= - 56).

C - ETUDE DE LA STRUCTURE DE LA CONVERSION HYSTERIQUE.

La conversion hystérique implique, pour se produire, un motif, un but et un moyen. Elle exige à la fois le désir de maladie et la possibilité psychologique de refouler la conscience du caractère mensonger de cette conduite (mauvaise foi).

Le désir de maladie suppose que celle-ci représente pour l'individu le seul moyen d'obtenir quelque chose dont il ne peut se passer.

- C'est le seul moyen parce que le sujet est faible et influencé par les lois morales qu'il n'ose pas transgresser
- La maladie lui permet d'obtenir la sécurité qu'il recherche (sous forme d'un amour parental).
- Il ne peut s'en passer parce qu'il ne tolère pas les frustrations.

1 - Le désir d'être malade

Il suppose souvent chez l'homme une valorisation de la maladie par la sécurité sociale (étudiée à propos des bénéfices secondaires)

Il est fondamental pour HESSNARD dans la mesure où il permet au sujet de se retirer "en dehors du circuit et de la lutte sociale" et cela grâce à un moyen non blâmable (contrairement au psychopathe) mais susceptible de lui attirer l'attention apitoyée de l'entourage.

Rappelons que pour DELAY "l'improvisation incons-"ciente d'un tableau plus ou moins réussi de maladie corporelle "annule la responsabilité, transforme la faute personnelle en une

"situation accidentelle, indépendante de la volonté, et grâce à un "alibi qui est l'inculpation du corps, l'esprit se disculpe!"

Pour CODET, ce désir de maladie est voisin de celui de l'enfant qui, pour un bobo, pleure pour être consolé. "Il expoi- "te, sans intention lucide, la douleur qui a pu exister réellement, "dont il peut subsister quelque sensibilité, dont il arrive peut-être "à souffrir de nouveau... Il change d'attitude dès qu'il se sent "observé, et l'exploitation ingénue de sa souffrance correspond à "un but intéressé affectif : être consolé, cajolé, caressé, recevoir "quelque chose, qui est de la tendresse et de l'intérêt". Seule, la profondeur et l'authenticité de ce désir d'être malade expliquent la satisfaction profonde, l'adhésion et même l'adhérence du sujet à ces troubles. La maladie est pour lui une solution satisfaisante et qui le satisfait (c'était "la belle indifférence").

Souvent la maladie, en dehors même des avantages matériels qu'elle procure, valorise l'individu. IMBODEN rapporte ainsi l'étude de deux groupes de sujets atteints de brucellose. Il analyse l'opinion que les malades ont d'eux-mêmes par une "self-concept scale" et montre que le groupe le plus gravement touché a une plus grande estime de lui-même. Le fait d'être porteur d'une affection grave valorise le sujet à ses propres yeux.

FREUD lui-même insiste sur le désir de maladie. "Les "sujets tombent malades quand, à la suite d'obstacles extérieurs ou "d'une insuffisance d'adaptation, la satisfaction de leurs bsoins éro- "tiques leur est retirée dans la réalité. Nous voyons alors qu'il se "réfugient dans la maladie afin de pouvoir, grâce à elle, obtenir les "plaisir que la vie leur refuse". C'est ce désir de maladie qui gêne- ra la thérapeutique psychanalytique, empêchant la guérison alors

que la malade est disposé à abandonner ses refoulements. En effet, les instincts "ne tiennent nullement à renoncer à la satis- "faction que leur procure le substitut fabriqué par la maladie tant "qu'il ignorent si la réalité leur fournira quelque chose de meil- "leur". (bénéfice secondaire)

Le désir de maladie implique aussi souvent un mode de pensée magique. Comme le fait remarquer FERENCZI, la demande psychologique présidant à la satisfaction symbolique hystérique est de type infantile. L'hystérique, encore imbu du sentiment de toute puissance des mots, cherche à modifier le monde où il vit à travers une modification de son corps ou de sa conduite.

SARTRE aussi condidère que l'hystérique entre dans un monde magique où le corps est utilisé "comme moyen d'incantation".

FREUD (dans Totem et Tabou) insiste aussi sur ce caractère magique des personnalités névrotiques qui croient à la domination de la réalité par la pensée. Ainsi décrit-il l'hystérique. "Elle est déterminée dans ses symptômes, non par la réali- "té des faits vécus, mais par celle du monde de la pensée. Les "névrosés vivent dans un monde spécial où seules ont cours "les "valeurs névrotiques" ; c'est-à-dire que les névrosés n'attribuent "d'efficacité qu'à ce qui est intensément pensé, affectivement re- "présenté, sans se préoccuper de savoir si ce qui est ainsi pensé "et représenté s'accorde ou non avec la réalité extérieure".

Il arrive aussi que le désir de maladie, particulièrement chez la femme, prenne appui sur des tendances masochistes. DELAY explique que la conscience morale se trouve apaisée dans la mesure où "elle trouve dans la souffrance du corps un bouc

"émissaire pour expier les fautes et apaiser le besoin de châti-
"ment. Dans cette dernière éventualité, la maladie corporelle
"représente une auto-punition qui satisfait une tendance maso-
"chiste et fera aisément accepter par le sujet les interventions
"médico-chirurgicales les plus agressives".

2 - Le désir de maladie suppose la faillite des autres mécanismes de défense

- parfois parce que la situation est réellement impossible à dominer : c'est le cas de l'hystérie de guerre, de l'hystérie carcérale.
- parfois parce que la personnalité de l'individu est trop atteinte. L'hystérique est faible en face du monde, ne peut se satisfaire par des procédés normaux : élan d'activité, supériorité de l'esprit, acceptation de la lutte, du risque, émulation de tendresse, don de soi-même.

Il s'agit alors d'une manifestation de faiblesse et d'impuissance plus ou moins légitimée par les circonstances extérieures.

Cette faiblesse peut être liée au psycho-infantilisme (LINDBERG), lequel est défini par la persistance, chez l'adulte, de qualités psychiques caractéristiques de l'enfant, de faiblesse, d'insécurité, de besoin de protection et d'autorité qui conditionnent des attitudes de dépendance et de docilité, mais aussi l'égocentrisme, la passivité.

AJURIAGUERRA montre que le psycho-infantilisme de l'hystérique est bien spécial ; tandis que le développement intellectuel est volontiers normal, aboutissant à un niveau satisfaisant, le comportement psycho-social seul reste infantile. Le sujet se trou-

ve donc affectivement arriéré, passif, dépendant, sans cesse en quête d'assurance. Ce retard peut être masqué lorsque le milieu est homogène et adéquat, et mis brutalement en lumière quand l'entourage devient intolérant.

Cette attitude peut aussi être le résultat d'une régression à un stade archaïque du développement.

Pour FERENCZI, le symptôme corporel hystérique témoigne d'une régression à un stade où les états d'excitation, ne pouvant se liquider grâce à un investissement psychologique, utilisent la décharge motrice.

FREUD considère aussi que les crises hystériques témoignent de la régression à un mode d'expression archaïque des pulsions.

FENICHEL montre que les hyperfonctions hystériques représentent une régression aux conduites archaïques ayant cours dans l'extrême enfance, où les liens sont très étroits entre les mouvement de l'âme et ceux du corps.

Comme le mode de liquidation des pulsions, le mode de réaction de l'hystérique paraît marqué de traits archaïques (ainsi la suggestibilité serait en rapport avec un mouvement d'identification extrêmement primitif, qui semble correspondre à une tentative d'incorporation symbolique de l'objet, se développant selon un mode oral).

CODET défent aussi cette hypothèse, montrant que l'hystérique parvient à la conquête de l'attention par des procédés passifs et puérils.

SADLER évoque la "persistance du désir infantile d'être le centre du monde et des moyens infantiles de le satisfaire".

MARMOR montre que les fixations orales prégénitales ont une grande importance ; elles sont souvent liées à l'état d'insécurité et de besoin affectif de l'enfant. Les hystériques sont immatures et dépendants (baby-rôle dans la famille).

HEUYER explique que la réalisation de l'accident hystérique exige un terrain spécial, caractérisé par un infantilisme psychique auquel s'associe une "arriération motrice".

On ne peut citer tous les psychiatres qui ont rapproché l'hystérique de l'enfant, parmi ceux-ci JANET, CLAUDE, SCHNYDER, DUPRE.

Mais pour que la faiblesse infantile aboutisse à l'hystérie, il faut faire intervenir la force de la conscience morale qui interdit au sujet de devenir un simple simulateur et l'oblige à refouler la conscience qu'il pourrait avoir de mentir, L'hystérique en effet se soumet à la loi : il cherche comme l'enfant, à se conformer à un idéal du moi très stéréotypé et social. Il veut se présenter sous le jour le plus favorable possible. Sa suggestibilité sans doute explique ce besoin de se conformer à la règle qui l'amène à n'admettre le mensonge que de "bonne foi" ou plutôt de "mauvaise foi" car il refuse de reconnaître en lui-même qu'il ment.

Cette tendance à respecter la loi morale a été notée par différents auteurs. FREUD lui-même remarquait que les hystériques ont souvent beaucoup de volonté et une moralité élevée. C'est à cet égard que la névrose s'oppose à la conduite psychopathique. Aussi le manque d' "insight", de pénétration psychologique, caractérise-t-il l'hystérique ; c'est ce qui lui permet de jouer "cette comédie profondément sincère" (HESNARD) où il se dis-

trait de lui-même. Il est aussi détaché de l'introspection que l'anxieux est auto-analyste, aussi "extroverti" qu'il est possible. Son problème n'est pas en lui-même (contrairement à l'obsessionnel) mais en dehors, au niveau de l'autre et de ce qu'il attend de lui. Qu'il se reconnaisse capable d'admettre ses torts est hors de question.

3 - L'objet de l'hystérie est la satisfaction d'une revendication affective.

Le besoin d'amour est fondamental d'après la majorité des auteurs.

CODET considère le noyau de l'hystérie comme la persistance d'une avidité affective foncière et durable. Ce n'est pas obligatoirement le désir d'apitoyer, mais bien le besoin de compter pour l'entourage, d'être pris en considération. Il définit ainsi l'éléorexie (oregmoï : je désire; éléos : l'attendrissement).

FITZGERALD (1948) pense que l'absence d'amour peut être considérée comme l'étiologie de beaucoup d'états névrotiques, mais essentiellement de l'hystérie. Pour lui, la privation d'amour est la condition nécessaire et suffisante à l'apparition de l'hystérie. "Personne ne développe d'hystérie s'il n'est soumis dans son enfance à une privation d'amour".

Ce besoin, naturel, d'amour se développe, s'incruste et l'enfant s'habitue à demander ; il devient esclave de cette demande (qui sera vite impossible à satisfaire puisqu'elle répond à un besoin antérieur) et acquiert la conviction qu'il pourrait être satisfait (donc ne se résignera pas).

Cette quête affective place le sujet dans une attitude

hystérique ; au premier conflit se produira le symptôme.

McGREGOR a analysé 2.228 névroses de guerre. Dans 48% des cas, il retrouve la timidité, l'immaturité, la dépendance, la frustration, liées constamment à une insuffisance de satisfaction affective dans l'enfance. L'intensité du conflit nécessaire au déclenchement des réactions hystériques est inversement proportionnelle au degré de la quête affective.

On peut remarquer que cette conception trouve un exemple dans la fréquence de l'hystérie dans les différentes races. Ainsi HEAD montre que les Bali ont une forte propension à l'hystérie : élevés avec beaucoup d'amour, ils sont brutalement frustrés.

FITZGERALD montre que certaines possibilités de subli sublimation sont offertes à l'hystérique :théâtre, vocations humanitaires, éducation d'enfants, où elle peut trouver des compensations affectives, si son conjoint n'accepte pas de jouer le rôle de substitut parental. Il rappelle les exemples classiques : Irène (JANET) avait un père alcoolique, une famille déséquilibrée ; Dora n'aimait pas sa mère, était attachée à son père dont elle reproduit l'infirmité.

Rappelons l'importance de la carence affective pour :
STEPHENS et KAMP : 48% à 60%
WHITEHORN : 90% de sujets ont été frustrés,
de l'avis de leurs propres parents
100% de l'avis de l'auteur.

4 - Enfin, l'incapacité d'admettre que le besoin reste insatisfait est liée à l'intolérance aux frustrations

L'hystérique est incapable de s'adapter aux exigences

de la réalité. Il veut être satisfait. Il est impuissant à jouer son rôle d'homme qui consisterait à "plutôt se vaincre que la fortune, "et changer ses désirs que l'ordre du monde" (DESCARTES).

Cette aptitude à supporter les sacrifices indispensables sans douleur excessive caractérise l'homme adulte équilibré ; c'est, pour CODET, la "résultante vitale". L'hystérique ne la possède pas. La prévision des effets à distance ne l'intéresse pas. Le conflit est vécu dans l'instant, le bénéfice exigé immédiatement.

Il faut rappeler ici les théories de KRETSCHMER sur la faiblesse de la volonté finaliste chez l'hystérique.

Pour FENICHEL, "le maniement normal et rationnel "des exigences du monde extérieur et des implusions du dedans est "remplacé par un phénomène irrationnel qui semble étrange et échap- "pe à la volonté". Il y a une insuffisance de l'appareil de contrôle, de la "volonté".

5 - En conclusion de ce chapitre, l'hystérie peut être considérée comme une expression et comme une conduite.

a) C'est une névrose d'expression

C'est en effet un langage qui implique la présence de l'autre. Comme la parole, le symptôme est un symbole, que l'hystérique utilise comme un instrument pour une négociation entre deux individus. Tous ce que RUESCH dit pour qualifier le langage s'applique au symptôme. Le malade s'exprime par la maladie. Il choisit des symptômes s'accordant à sa conception de la maladie d'après son expérience personnelle ou l'imitation des autres.

Selon ROSOLATO, la notion d'expression rend bien compte de l'illusion hystérique elle-même : l'hystérique en effet

considère qu'elle a, par une manifestation "extérieure", à rendre compte d'un "intérieur" qui exige de "s'exprimer". L'hystérique s'oppose ainsi à l'obsessionnel. Alors que chez ce dernier, la limite qui protège ce qu'elle enclot doit avant tout être défendue, pour l'hystérique, le seul but est d'abolir ou de franchir la limite.

SARTRE insiste sur la valeur expressive du symptôme. "Entre la juste colère qui châtie et rectifie les torts, la faible colère, sans rime ni raison, la crise de nerfs (considérée presque comme une émotion "normale" dans un "certain" contexte féminin) et la grande attaque hystérique, la séparation n'est faite que par la lecture de la métaphore de chair qu'est le symptôme, à travers les phantasmes et les discours du sujet".

HESNARD semble avoir été le premier à avoir envisagé l'hystérie en tant que névrose d'expression (1936). Il remarque en effet que le seul facteur indispensable à la survenue du symptôme hystérique n'est ni le conflit, ni la fatigue, ni la maladie, ni l'émotion, mais la présence d'autrui. L'hystérique est un sujet sensible, émotif, en proie à un conflit vital, "il lutte contre le milieu menaçant, humiliant ou épuisant, contre les déboires de l'existence, contre la peur de la mort, contre ce qu'il croit être une injustice familiale ou sociale" ; c'est la "revendication affective" de CODET, la "politique de la névrose" de MONTASSUT.

L'émotion s'exprime de deux manières : à l'intérieur ou à l'extérieur. Si la phobie, l'angoisse sont des "névroses impressionnelles", l'hystérie est une névrose "expressionnelle". Le symptôme hystérique "exprime pour exprimer" et non pas seulement pour obtenir. C'est une extériorisation de l'angoisse de sorte que cette conception se rapproche assez des théories freudiennes, si ce

n'est qu'il ne s'agit pas de la conversion d'une pulsion en symptôme mais de l'expression de l'angoisse à travers le corps. HESNARD considère deux sortes de réflexes ou d'activité automatique, les profonds, ou viscéraux, responsables de l'angoisse et des affections psychosomatiques, et les extérieurs, expressionnels ou hystériques, masqués chez les individus civilisés, mais libres et même cultivés dans certaines sociétés primitives.

Ce qui caractérise l'hystérie ne serait pas le conflit refoulé mais le mécanisme qui transforme l'angoisse née de ce conflit en un symptôme somatique.

La conception psychanalytique rend compte du contenu de l'émotion de ce que le sujet a à exprimer, mais non de son besoin de l'exprimer qui est le propre de l'hystérie.

b) l'hystérie comme conduite

Si, pour la théorie de l'hystérie névrose expressionnelle, le bénéfice secondaire est.... secondaire, ici, au contraire, il paraît essentiel. L'hystérie n'est qu'une conduite, visant à exprimer mais aussi et surtout à obtenir.

Ainsi, pour SARTRE, "l'hystérie peut être définie comme une conduite qui, par l'impossibilité d'assumer une surproduction d'affects provoqués par une impuissance, suppose un changement de registre des sens, une fuite de sens signifiante".

Pour VALLET, "telle apparaît l'hystérie isolée : conduite expressive de défense en réaction à un choc émotionnel ou une situation affectivement douloureuse ; le sujet prend la décision de se réfugier dans la maladie".

Le symptôme hystérique est le mode expressionnel

réactionnel d'un sujet donné à une situation pénible ; autrement dit le symptôme hystérique est un comportement, ou plutôt une conduite, dans ce que cela implique d'activité.

Cette conduite, comme l'ont montré KRAEPELIN, puis STANSKY, KRETSCHMER, DELGADO, utilise des mécanismes archaïques de défense (panique, abattement...).

D - ETUDE DE NOTRE MATERIEL

De la revue de la littérature à laquelle nous venons de procéder ressort une grande diversité de conceptions. Aussi l'étude d'un matériel particulier, présenté par des homme uniquement, nous paraît-elle intéressante. Tout au long de ce travail, nous avons tenté de montrer qu'il était légitime de considérer l'hystérie masculine comme une partie de l'hystérie en général et non comme une affection autonome. Aussi les observations faites chez l'homme peuvent-elles être utilisées pour l'élaboration d'un concept global de l'hystérie.

1 - Les modalités de recrutement ont été les suivantes

- consultation : 3 malades
- internés en service fermé : 7 "
- hospitalisés en service libre : 41 "

Les malades hospitalisés représentent à peu près la totalité des hystériques examinés au cours des 12 dernières années (de 1954 à 1966).

Il dest bien évident que ces malades ne sont en rien représentatifs de l'hystérie masculine en général, sélectionnés qu'ils ont été à la fois pour la gravité et la durée de leurs troubles,

et leur niveau intellectuel souvent supérieur. Aussi les chiffres que nous donnons ont-ils une valeur purement indicative.

2 - L'âge moyen

L'âge moyen de nos malades est de 34,4 ans, s'étendant de 15 à 62 ans. L'âge de début des troubles est de 32,5 ans. Il est donc plus élevé qu'il n'est classique : 25,7 pour ROBINS, entre 15 et 25 ans pour la majorité des classiques : LANDOUZY (1846), BRIQUET (1859), REIMANN (1904), KRAEPELIN (1915).

Pour LJUNBERG, la moyenne d'âge du début des t troubles est de 28,5 (au lieu de 27,4 chez la femme).

3 - Le pronostic

Il est bien difficile à établir, beaucoup de sujets n'étant pas encore guéris lors de la dernière consultation. Nous avons observé dans 20% des cas la survenue de la guérison au bout d'un temps inférieur à 2 ans.

Dans les autres cas, la guérison n'a pas été obtenue. La maladie dure depuis moins d'un an dans 20% des cas, de 1 à 2 ans dans 40% des cas, et depuis plus de 2 ans dans 20% des cas, atteignant 12 et même 18 ans pour certains symptômes. Nous n'avons donc pas observé de guérison chez les sujets porteurs de symptômes depuis plus de 2 ans.

Les chiffres recueillis dans la littérature sont moins pessimistes :

KRAEPELIN (1913) considère que les symptômes ont généralement un pronostic immédiat favorable, tempéré toutefois par un risque important de rechutes.

REICHARDT (1918) considère que le pronostic dépend du conflit en cause, mais aussi du type de personnalité, le déséquilibre psychopathique étant facteur de gravité.

KENNEDY (1940) exprime la même opinion.

Nous ne pouvons nous prononcer à cet égard, étant donné le faible pourcentage de guérison (20%) et de psychopathes (8) que nous avons.

JOLLY (1930) montre que 95% de 420 soldats ayant présenté des réactions hystériques au cours de la première guerre mondiale étaient capables de travailler en 1928. Il faut prendre en considération le caractère particulièrement traumatisant des évènements qui explique la guérison aisée du sujet une fois qu'il y est soustrait.

SCHOU et VORBECK (1941) ont suivi 132 hystériques pendant 3 à 8 ans. 13% guérirent, 39% furent améliorés, 48% non changés. Le pronostic est d'autant plus défavorable que le sujet est plus âgé.

Ce dernier point est confirmé par LJUNBERG qui trace la courbe évolutive de l'hystérie avec les années (analogue chez l'homme et la femme). Au bout d'un an, 43% des hommes et 35% des femmes étaient encore malades, au bout de 5 ans, 25% des hommes et 22% des femmes. Les proportions demeurent les même s après 10 et 15 ans, les symptômes qui ne cèdent pas vite passant à la chronicité.

Ces chiffres peuvent expliquer notre sombre pronostic, en effet, nous ne voyons souvent à la Clinique que des hystériques graves, ayant résisté quelque temps au traitement habituel. Nous rejoignons LJUNBERG, lorsque celui-ci considère que les malades

qui n'ont pas guéri au cours de la première année ont un pronostic défavorable.

4 - La profession

Elle est de niveau peu élevé :

- 31 ouvriers
- 10 employés et fonctionnaires
- 1 militaire
- 5 petits commerçants
- 2 étudiants
- 3 professions libérales.

Cette faible qualification témoigne sans doute d'une mauvaise adaptation sociale et d'une intolérance du milieu à l'homme hystérique, car elle contraste avec le niveau intellectuel plutôt élevé. Le Q.I. moyen des 18 malades qui ont pu être testés est en effet de 108. Mais les malades testés sont parmi les plus intelligents.

Rappelons que le Q.I. moyen pour LJUNBERG chez l'homme est de 94, 90 chez la femme. Pour Pierre MARIE, les hommes hystériques étaient frustes et pauvres. Il est certain que des réactions hystériques se rencontrent volontiers chez les débiles (JOLLY, ZIELHEN). Pour HOLLINGWORTH (1931), les hystériques sont, de l'ensemble des névrotiques, ceux qui ont le niveau le plus bas. Pour TENDLER (1923), au contraire, dans un groupe de névrotiques dont l'âge moyen était de 12 ans, l'hystérique s'individualisait par un âge moyen de 13,6. Pour EYSENCK enfin, pour CATTELL, pour MAYER-GROSS, une certaine proportion de débiles rend le niveau inférieur à la moyenne. Cette conception paraît vraisemblable, compte tenu de la possibilité de réactions hystériques

chez des sujets supérieurement intelligents (Q.I. = 130).

Le niveau d'instruction est le suivant :

- inférieur au C.E.P.	:	27 malades	= 50%
- égal au C.E.P.	:	9 "	= 17 %
- compris entre C.E.P. et brevet	:	10 "	= 19%
- de brevet à baccalauréat	:	4 "	= 8%
- baccalauréat	:	2 "	= 4%
- doctorat	:	1 "	= 2%

5 - Milieu d'origine

Plûtôt simple, il a été précisé chez nos malades. Il est légèrement supérieur à celui des sujets eux-mêmes. Ce faible déclassement est d'ailleurs attesté par la profession des frères, souvent supérieure à celle des malades.

6 - Le rang dans la fratrie.

Il a été envisagé. Il ne semble pas exister de prépondérance spéciale mais seulement un taux élevé de familles nombreuses avec pour 53 sujets 4,4 enfants en moyenne ; il n'y a que 2 enfants uniques, et ils sont nés de père inconnu.

LJUNBERG ne trouve pas non plus d'anomalie de la répartition, concordant avec BROWN (1942).

Pour ZIEGLER au contraire, l'hystérique est volontiers le dernier né (à 0,05 P 0,01 pour 100 sujets) ; il y a en effet 35% de derniers nés de plus que si la chance seule avait présidé à la répartition. Dans notre statistique, il n'y en a que 6 sur 53.

Pour KRAULIS, il y aurait une fréquence accrue de premiers nés.

7 - Les conditions familiales

Elles paraissent avoir été souvent défavorables.

- décès du père : 5 cas (10%)
- père inconnu : 2 cas (4%)
- père et mère disparus, enfant élevé à l'A.P. : 3 (6%) auquel s'ajoute 1 cas où les parents ont été déchus de leurs droits (2%)
- outre ces orphelins, 11 sujets (20%) ont eu une enfance malheureuse du fait de l'alcoolisme ou des brutalités de leurs parents.

Le total est donc de 44% d'enfances perturbées.

A l'opposé, 14 (25%) ont eu une mère très affectueuse, autoritaire et dont ils sont restés très dépendante.

8 - Le milieu racial d'origine.

Il doit être signalé, puisque notre statistique comporte 13 Nord-Africains (25%), 1 espagnol (2%) et 2 polonais (4%). La transplantation agit certainement comme cause favorisante, le sujet étant placé dans des conditions anormales.

9 - La vie familiale et conjugale.

Il ne semble pas exister une proportion exagérée de célibataires : 15 (28%) répartis parmi les plus jeunes. Il n'y a qu'un seul homosexuel : la rareté d'homosexualité chez ces sujets, pourtant souvent faibles, dépendants, et dont les goûts sont parfois nettement féminins, avait été déjà relevée en 1880 par KLEIN ; elle semble liée à la suggestibilité et à l'hypermoralité de l'hystérique qui cherche à se conformer aux normes et paraît incapable d'adopter justement une attitude finalement anti-sociale.

Les mariages sont, dans l'ensemble, assez stables.

3 sujets ont divorcé, dont l'un est remarié pour la 3ème fois. L'épouse est volontiers maternelle, autoritaire, dominatrice : 15 cas sur les 30 épouses, sur lesquelles nous avons pu avoir des renseignements, soient 50%.

L'étude de LJUNBERG, comparée avec un groupe de témoins, ne montre pas non plus de variations significatives dans la fréquence de l'état marital, qui est de 70% environ pour les hommes -66% pour les témoins.

La fréquence est légèrement supérieure à celle des femmes mariées (57% au lieu de 67% chez les témoins). L''état hystérique gênerait plus le mariage des femmes que celui des hommes.

10 - Les antécédents des sujets.

On ne relève pas d'éléments significatifs, en particulier pas de fréquence excessive d'interventions chirurgicales (à l'exception de 1 sujet), pas de traumatismes crâniens fréquents, pas d'antécédents psychiatriques familiaux notables (1 malade avait 2 frères schizophrènes). Par contre l'énurésie très prolongée (au-delà de 10 ans) est retrouvée chez 6 malades (10%).

L'absence de notion héréditaire a été relevée par LJUNBERG et aussi par SLATER qui étudia 24 paires de jumeaux, homo- ou hétéro-zygotes (dont l'un des deux était hystérique). Il retrouve 7% de psychoses dans les antécédents familiaux directs, 4% de psychopathes,3% d'hystériques. Notons seulement que dans les 8 cas où le poids de naissance était différent chez les deux jumeaux, ce fut toujours le plus petit qui devint hystérique ; sur les 6 cas où la santé de l'un des deux fut mauvaise, ce fut 5 fois le

jumeau malade qui devint hystérique ; enfin sur les 6 fois où l'un des deux jumeaux fut gaucher, ce fut lui l'hystérique.

C'est le jumeau le plus anxieux, le plus névrosé, celui qui a le plus de difficultés sexuelles qui va devenir hystérique.

E - LA PERSONNALITE HYSTERIQUE CHEZ L'HOMME DANS NOTRE ETUDE

Nous n'avons pas la prétention de résoudre le problème si discuté de la personnalité hystérique. L'impression qui se dégage de nos observations est voisine de celle de KRETSCHMER, de BLEULER, de MAYER-GROSS,.... Les sujets sont très divers : les uns paraissent gravement névrosés, d'autres semblent presque normaux, et il existe tous les intermédiaires entre les deux pôles, nos malades s'étendant sur une ligne continue de gravité croissante.

Nous l'avons vu, les bénéfices secondaires sont éminemment variables, reliés au conflit qui oppose le malade à son entourage, ce conflit pouvant être familial ou social.

Plus la pression sociale est intense, plus la situation dans laquelle l'individu se trouve placé paraît sans issue, plus la personnalité semble solide, et plus le pronostic semble favorable dans la mesure où le conflit peut être évité par un autre moyen. A l'inverse, plus le conflit paraît banal, plus le bénéfice paraît dérisoire, plus la personnalité du sujet est névrotique.

L'hystérie doit donc être envisagée d'une manière dynamique : la conversion résulte d'un conflit entre une pression extérieure et un individu. Cependant, le fait d'avoir choisi, comme moyen de défense, la réaction hystérique de conversion, implique la

présence de certains traits de caractère, qui nous paraissent communs à tous les sujets au sein d'une grande hétérogénéité, et qui représentent le noyau hystérogène de la personnalité.

La présence de ces traits fondamentaux explique que le sujet réagisse à un conflit par la création d'une maladie plutôt que par d'autres comportements, tels la résignation, la lutte directe, la conduite antisociale, la dépression...

Ces traits fondamentaux sont les suivants :

- sentiment d'impuissance expliquant le désir de maladie, difficultés d'adaptation
- immaturité affective, infantilisme
- dépendance excessive de l'entourage, quête affective, labilité et superficialité affectives
- inhibition
- difficultés sexuelles
- manque de contrôle des affects avec impulsivité, intolérance aux frustration
- manque de lucidité et de pénétration psychologique.

Nous les avons retourvés à un degré variable chez presque tous nos sujets.

Chez l'homme, le refuge dans la maladie, même lorsqu'elle est valorisée par la société et à plus forte raison quand elle ne l'est pas, est liée à une régression (ou à une fixation) à un stade archaïque du développement, de sorte que le sujet garde une attitude infantile de quête et de dépendance affectives.

1 - Dans les cas extrêmes (névroses hystérique), le sujet dépend de son entourage. Il refuse l'attitude virile, la lutte dans la société

et se réfugie dans la maladie qui lui sert d'excuse pour conserver sa situation d'enfant. Cette attitude, pour un homme, suppose une régression beaucoup plus considérable que la même attitude pour une femme, car elle s'oppose, nous le verrons, totalement au stéréotype viril. Ces sujets sont faibles, dominés, dépendants, sous l'emprise d'une mère ou d'une femme autoritaire. Ils ont souvent des goûts féminins, aiment les travaux du ménage, tricotent, cuisinent, soignent leurs enfants avec zèle et attention. Ils sont implusifs, coléreux et irritables, incapables de se maîtriser. Ils sont volontiers anxieux. Les affections psychosomatiques associées ne sont pas rares. On retrouve aussi des préoccupations hypochondriaques et des éléments phobiques. Les difficultés sexuelles sont fréquentes : l'éjaculation précoce est retrouvée dans 12 cas (50%) et l'impuissance totale dans 4 cas (15%).

Nous avons 26 observations de "névroses hystériques":

- Elle paraît parfois primitive, endogène ; le sujet a toujours été ainsi (observation 1)
- Ailleurs, elle paraît réactionnelle à une frustration grave, vécue comme une blessure narcissique. Le sujet semble avoir brusquement régressé sous l'influence de ce traumatisme psychique (qui peut d'ailleurs être physique, et il ne faut pas confondre ces cas avec ceux d'hystérie traumatique banale : voir l'observation 2 de Bro. à propos des lombalgies ; il s'agit là d'hystérie de compensation).

Les difficultés de l'enfance, le manque d'amour, n'apparaissent pas évidents chez nos malades ; ils semblent plutôt avoir été plus choyés que les autres. Cependant notre étude est assez incomplète et nous ne pouvons nous prononcer de façon

formelle.

Les tests psychométriques ont pu être pratiqués dans 14 cas. Ils affirment constamment l'immaturité affective, l'instabilité caractérielle. Il y a parfois des éléments dépressifs et hopochondriaques. Le test de Rorschach a été récemment discuté chez la femme hystérique par J. PERSE ; celui-ci conclut à l'existence de deux séries de signes : soit des signes d'expansion, soit des signes d'inhibition.

Dans notre série, il existe plutôt des signes d'inhibition. A l'exception de 2 des malades, les 14 autres ont à peu près tous les mêmes caractéristiques. Voici les proportions sur 16 malades testés :

- moins de 15 réponses : 11 sujets
- moins de 2 kinesthésies : 15 sujets
- F% supérieur à 60 : 15 sujets
- A% supérieur à 50 : 15 sujets

Les protocoles sont dans l'ensemble pauvres, inhibés, coartés. Le nombre de réponse inférieur à 15 exprime la pauvreté créatrice et imaginative (d'après PERSE). Le nombre de kinesthésie inférieur à 2 implique des difficultés d'intériorisation et de stabilisation des réactions affectives.

F% $>$ 60 : il y a donc beaucoup de réponses déterminées par la forme sans distinction de leur qualité, ce qui traduit le rétrécissement de la sphère affective.

A% $>$ 50 : le taux élevé de réponses animales témoigne d'une stéréotypie de la pensée avec infantilisme et pauvreté des intérêts.

L'étude du M.M.P.I. n'est guère caractéristique ;

contrairement à nos prévisions, nous n'avons pas retrouvé d'élévation nette de K, ni de modification de F - K. La moyenne de K est de 12,5 et les chiffres sont également répartis. On peut remarquer, toutefois, la rareté des signes d'hystérie proprement dits au M.M.P.I.. Le V psychosomatique n'est apparu que chez un seul malade.

2 - A l'opposé, il s'agit parfois d'hystéries traumatiques (11 cas).

Ici, le profit matériel est évident. Le sujet revendique généralement une pension.

5 sur 11 des sujets sont des étrangers : 4 Nord-Africains, 1 espagnol. Il s'agit d'individus frustes, s'estimant lésés, dont l'hystérie paraît installée sur un mode chronique, qui sont bien décidés à ne plus retravailler de si tôt !

Il est difficile de préciser si la personnalité antérieure des sujets était normale, surtout en ce qui concerne ces individus transplantés, primaires, et s'exprimant mal.

Chez les autres, la revendication matérielle ne paraît pas seule en cause. La blessure a été pour eux une heureuse circonstance, ils ont pu ainsi résoudre des difficultés préexistantes.

Sur les 6 autochtones, 2 peuvent être considérés comme des psychopathes du fait d'une existence déréglée, de fugues, vols et accidents de voiture. 3 peuvent être considérés comme porteurs d'une névrose hystérique ne s'étant pas exprimée jusqu'alors. Ce sont des sujets anxieux, infantiles, qui trouvent dans la maladie le prétexte à l'installation dans une attitude infantile, de totale dépendance, s'ajoutant à l'intérêt purement matériel (observation 3).

3 - Ailleurs, il s'agit de manifestations hystériques paraissant

réactionnelles à une intense frayeur. Ce sont les "réactions primitives" au sens de KRETSCHMER, dont nous avons observé 8 cas

Elles surviennent chez des sujets volontiers frustes, en proie à une émotion intense. La réaction est rapide, peu méditée ; elle comporte toujours des crises (100%). Elle est souvent brève, le pronostic est bon si la menace peut être éloignée. C'est dans ce cadre qu'entrent la majorité des hystéries de guerre.

Elles représentent la régression brutale à un stade archaïque où les pulsions non réfrénées s'expriment directement : réaction de panique (fugues, crises) ou d'abattement (paralysie, mutisme). 3 sujets qui ont manifesté ces réactions étaient des Nord-africains.

La personnalité antérieure semble avoir été à peu près normale, quoique fragile : les sujets étaient anxieux, parfois mal adaptés socialement et affectivement (observation 4).

4 - Les psychopathes hystériques sont au nombre de 8. Il s'agit de sujets ayant eu auparavant une existence déséquilibrée avec de multiples changements de travail ; la conversion ne paraît représenter pour eux qu'une forme de "passage à l'acte" intéressante après épuisement de toutes les autres conduites antisociales (fugues, vols). L'hystérie satisfait chez eux le désir d'être pris en charge par la collectivité. Le passage à la chronicité, l'hospitalisme, sont à redouter.

Ces quatres types principaux ont été individualisés de façon assez schématique. Comme il est fréquent si les modèles sont très nets, il arrive que l'on puisse hésiter à classer tel malade

dans telle catégorie. Nous avons donc cherché à proposer des types plutôt que des classes.

L'essentiel n'est pas tant de ranger un malade dans telle ou telle catégorie, mais de comprendre le bénéfice qu'il recherche et les raisons pour lesquelles il va jusqu'à devenir hystérique pour obtenir ce qu'il désire. Il est parfois possible de l'aider en lui donnant satisfaction. On peut aider aussi les névroses de compensation en tâchant de leur montrer que la perte qu'ils ont subie n'est pas irrémédiable et ne représente pas l'échec de leur virilité et la castration redoutée. Il est capital de préciser la part du conflit social ou familial et l'importance de la régression et de la revendication affective du sujet afin de pouvoir interpréter la signification de la conduite hystérique.

OBSERVATION 1 Hystérie traumatique

Ach. - 49 ans est hospitalisé a service libre le 22 décembre 1958, pour un "gros ventre" hystérique.

Ce malade est arrivé en France en 1954, venant d'Algérie où il était cultivateur aux environs de Tizi-Ouzou. Il est marié là-bas, et montre volontiers des photos de sa maison, de sa femme et de ses cinq enfants auxquels il paraît très attaché. Il est venu en France pour améliorer sa situation matérielle, il y a retrouvé ses quatre frères qui l'avaient précédé. Il est retourné une fois en vacances chez lui, l'été 1955.

Depuis son arrivée en France, il travaille comme manoeuvre, puis comme chauffeur de chaudière, régulièrement semble-t-il. Il est ponctuel, consciencieux, appliqué.

Tout va bien jusqu'en février 1956 ; c'est alors qu'au cours de son travail il reçoit une charge de 50 kilos (?) sur les épaules. Il ressent de vives douleurs dans le dos et les reins. A l'hôpital où il consulte, on lui ordonne cinq jours de repos, pas de radios.

Cinq jours plus tard, il souffre encore et consulte en ville. Le praticien qui le soigne prolonge l'arrêt de travail de semaine en semaine jusqu'en juillet 56 où le médecin-contrôleur de la Sécurité Sociale refuse la prolongation. Pourtant Ach. continue de souffrir du dos et commence à souffrir du ventre. Une émission de sang par l'anus, après pose d'un suppositoire, l'effraie beaucoup. Son inquétude est d'autant plus vive que son propre père est mort en 1936 des suites d'une hémorragie intestinale.

Peu de jours après la rectorragie apparaît subitement le gonflement abdominal. C'est alors que commence un long périple chirurgical et psychiatrique :

septembre 1956 : appendicectomie ; le ballonnement abdominal reparaît quelques jours plus tard.

février 1957 : intervention pour prolapsus rectal.

mars 1957 : laparatomie exploratrice pour syndrome subocclusif.

juillet 1957 : nouvelle hospitalisation pour syndrome abdominal aigu avec diarrhée (examen de selles normal) et douleurs violentes ; il se plaint de souffrir comme "s'il y avait un serpent qui lui dévorait le ventre".
Passage dans un service de psychiatrie ; isolement de quelques jours, puis sismothérapie qui l'améliore deux mois pendant lesquels le ventre reste plat.

début 1958 : deux hospitalisations en médecine ; il est traité par largactil et prostigmine.

juillet 1958 : deuxième laparotomie exploratrice pour une occlusion qui résiste aux traitements (aspiration, prostigmine ...). Dès le début de l'anesthésie, le ventre devient plat et souple. On fait cependant une incision médiane, on trouve un intestin plat, on sectionne quelques adhérences.

novembre 1959 : nouvelle hospitalisation d'urgence en chirurgie, pas d'intervention.

Examen : Pendant les premières semaines d'hospitalisation, malade plaintif, gémissant, se plaignant de nausées, de constipation, de douleurs de l'hypochondre gauche, récriminant contre le personnel infirmier auquel il refuse souvent d'obéir.

On note :

- une respiration bruyante, rapide, saccadée
- un gros ventre globuleux, massivement distendu, sans déplissement de l'ombilic-ventre dur, tendu, sonore à la percussion, sans matité dans les flancs-
- certaines manoeuvres diminuent un peu le volume de l'abdomen : (l'hyperpnée prolongée,
  la position assise au bord du lit, jambes pendantes
  la flexion des deux cuisses sur le ventre).

Le gonflement abdominal disparaît pendant le sommeil spontané et pendant les narcoses. Lors d'une injection intraveineuse de barbiturique jusqu'à endormissement, l'on constate un aplatissement rapide du ventre. Au réveil l'on fait constater au malade que son ventre est redevenu normal. Il se montre sceptique sur les possibilités d'une guérison durable. Environ dix minutes plus tard, surviennent quelques secousses respiratoires bruyantes et rapides pendant lesquelles on observe un pli de dépression sus-ombilical à la limite supérieure de l'abdomen puis le gros ventre est de nouveau brusquement constitué avec tous les caractères décrits précédemment.

L'étude sous radioscopie montre un rythme respiratoire bref et régulièrement saccadé, une asymétrie diaphragmatique, l'hémidiaphragme gauche oscille avec les mouvements respiratoires alors que l'hémidiaphragme droit est à peu près immobile ; le sinus droit est bloqué.

La même étude sous narcose barbiturique montre une disparition du caractère saccadé de la respiration ; l'amplitude reste faible ; les mouvements diaphragmatiques sont normaux et symétriques. Le météorisme abdominal s'est complètement effacé aussitôt après l'endormissement.

L'E.E.D (31 Décembre 1958) : Tracé de repos présentant un rythme alpha de 8 à 9 c/s, plus ample sur l'hémisphère droit. L'hyperpnée ralentit la fréquence du rythme de base et fait persister l'asymétrie.

La S.L.I. ne fait apparaître aucune image nouvelle mais confère au tracé son aspect pointu.

Evolution :

Après échec des narcoanalyses, on essaie le choc amphétaminique. L'injection I.V. de produit amphétaminique ne détermine aucune réaction d'excitation, le malade est un peu euphorique, se dit somnolent. Le ventre est rapidement plat. Le malade explique "que ce n'est pas de la comédie. Il voudrait guérir et retravail-"ler car sa femme et ses enfants meurent de faim". Quelques minutes plus tard, le gros ventre est de nouveau constitué. On essaie une cure neuroleptique :témentil pendant 15 jours à dose croissante jusqu'à 100 mg par jour. Aucun résultat. Aucune modification de l'abdomen, pas de crises excitomotrices. Le malade réclame des électrochocs en disant que c'est le seul traitement qui puisse le guérir. (cf. l'amélioration antérieure de deux mois après sismothérapie).

On pratique une série de narcoses avec appareillage d'électrochoc sans qu'il y ait électrochos : aucun résultat.

On décide alors de pratiquer une série d'électrochocs. Après la 3ème séance, brusque et spectaculaire transformation du malade. Il n'est plus gêné pour respirer, le gros ventre a disparu,

changement parallèle de l'état thymique ; ce malade toujours geignard, replié sur lui-même, et parfois agressif, devient, du jour au lendemain, euphorique et bavard, il exhibe son ventre plat aux autres malades et aux infirmiers. Veut aller dans tous les hôpitaux où on l'a soigné pour faire constater sa guérison, se propose pour travailler dans le service.

Il est nécessaire d'adjoindre 150 mg de largactil pour calmer cette réaction d'allure hypomaniaque.

Le malade quitte le service le 17 mars 1959, guéri du symptôme pour lequel il avait consulté. Il a grossi de 12 kilos en trois mois.

Cette observation met en lumière l'importance du bénéfice secondaire dans l'hystérie traumatique.

OBSERVATION 2 Hystérie traumatique

Per. - 26 ans - célibataire - électricien, fut hospitalisé en 1962 pour une cécité hystérique post-traumatique .

L'accident consiste en l'explosion, à 1,50 m de lui, d'une mine. Le malade fut atteint par la déflagration, eut de discrètes excoriations oculaires. A l'examen ophtalmologique immédiat, la vision et le champ visuel étaient normaux, de même que le fond d'oeil.

Peu à peu s'installe une baisse progressive de la vision des deux yeux. Divers examens, pratiqués à l'hôtital des Quinze-Vingts, ne montrent pas le moindre signe d'organicité. Le caractère progressif des troubles évoque, à lui seul, le pithiatisme. A l'examen il persiste une vision floue des objets, permettant au malade de se diriger sans aide. Mais il ne peut plus lire ni, bien entendu, reprendre son travail.

Deux éléments contribuent à aggraver sérieusement le pronostic. D'une part, le camarade de travail de Per., atteint par le même accident, a réellement perdu totalement un oeil et la moitié de la vision de l'autre ; pour cette raison, il reçoit une pension d'invalidité de 100%. D'autre part, Per. a eu, 15 jours avant l'explosion, un grave accident de voiture au cours duquel il a grièvement blessé un motocycliste de ses amis, par sa faute. Il espère, grâce à sa maladie, échapper aux suites de cet accident et nous demande un certificat de cécité, semblant oublier la pré -cession de l'accident de voiture sur sa baisse visuelle.

Per. est un sujet fruste, sans intelligence, qui présente constamment un sourire niais. Plutôt euphorique, il paraît résigné à sa maladie bien qu'il accepte que l'on tente "tout ce qu'on voudra".

Enfant, il a perdu son père à l'âge de trois ans et fut élevé jusqu'à 14 ans par des grands-parents très faibles. C'est le troisième de quatre enfants, seul garçon, chou-chou de deux soeurs aînées et de la mère qui le dorlotent. Son niveau intellectuel semble bas, il n'a pas réussi son C.A.P. Depuis sa maladie, il reste à la maison avec sa mère, retrouvant les joies de sa vie d'enfant.

Sa personnalité avant l'accident paraît avoir été normale. Réformé un an pour albuminurie, il a fait ensuite courageusement 29 mois de service militaire, a participé à des engagements. La sexualité est normale, il fréquente les bals, projette d'épouser une jeune fille. Il aimait son travail qu'il faisait bien.

Au total, il s'agit d'une hystérie traumatique : l'espoir de la pension, justifié par l'exemple du camarade, en paraît la cause majeure. L'attitude de Per. comporte trop d'avantages pour que la guérison puisse être espérée, compte-tenu de sa débilité relative et d'une régression aisée dans une conduite de dépendance infantile qui lui convient fort bien.

OBSERVATION 3 Réactions primitives au sens de Kretschmer

Gab. - marié - 23 ans - ouvrier à la RATP est hospitalisé pour des "crises" hystériques d'allure nettement réactionnelles, en 1963.

La première crise s'est produite il y a 2 ans, en 1961. Elle fut précédée d'une sensation de malaise avec céphalées intenses Se sentant mal, le malade s'étend puis semble avoir perdu connaissance et s'être réveillé à l'infirmerie. Ses camarades lui racontent qu'il s'est débattu vivement. Il n'y eut ni morsure de langue ni perte d'urine. La crise a été déclenchée très nettement par une vive contrariété puisque, pour la première fois, son frère jumeau s'est séparé de lui à l'occasion de ses fiançailees.

C'est de la même manière que se déroulera la deuxième crise. Celle-ci survient au service militaire. Au décours de son premier combat, où il a assisté à la mort de ses camarades, Gab. est en proie à une vive anxiété. Il dit avoir eu très peur et avoir demandé à ne plus participer aux opérations ; il y parvient puisqu'une crise sera suivie d'une hospitalisation de 15 jours. A son retour, il sera affecté aux cuisines et terminera son temps normalement dans ce poste tranquille.

Il a ensuite 3 autres crises, débutant toujours par des malaises et des céphalées suivis d'amnésie. Au cours de l'une d'entre elles, il tente d'étrangler sa femme.

Dans l'intervalle des crises, il se montre irritable et anxieux, se plaint de douleurs intestinales.

Enfant, il semble avoir été chétif, anorectique, Il a été nourri de bouillies exclusivement jusqu'à l'âge de 6 ans. Sa mère, inquiète, hyperprotectrice a consulté de très nombreux médecins. Jumeau, il est très attaché à son frère et sa maladie date de leur

séparation ; ce dernier est tout-à-fait normal. Son père, mort quand il avait 16 ans, était hospitalisé depuis 9 ans dans un service psychiatrique. Son niveau intellectuel est faible. Il a quitté l'école à 15 ans, sans avoir réussi son C.A.P. Il a épousé, il y a un an, une camarade de travail de son âge qu'il connaissait depuis quelques mois. Auparavant, vierge, il n'avait eu ni flirt ni liaison.

A l' E.EG., il existe quèlques signes discrets à l'hyperpnée, un rythme thêta assez abondant, mais pas de signe de comitialité.

L'étude psychométrique est impossible, le sujet ayant un niveau intellectuel nettement inférieur à la moyenne, en particulier dans le domaine verbal où il se situe dans une zone voisine de la débilité mentale (Q.I. = 70).

Cette observation met en évidence le caractère réactionnel, fruste, peu élaboré, des manifestations hystériques exprimant une contrariété intolérable et cherchant à éviter la situation conflictuelle. Le sujet est anxieux, inhibé, paraît terrorisé, s'exprime avec difficulté. L'immaturité affective et le besoin de sécurité caractérisent sa personnalité.

OBSERVATION 4 Psychopathe hystérique

Ver. - 35 ans, comptable au Gaz de France, est hospitalité au service libre de la Clinique en 1966 pour des fugues amnésiques précédées d'un état oniroïde. Sa femme l'accompagne et, l'interrompant fréquemment, nous raconte l'histoire à sa place.

Depuis 1954 en effet, le malade fait des fugues nocturnes, au cours desquelles il dépense une certaine quantité d'argent (850 F au maximum) sans pouvoir justifier de son emploi. Il revient le lendemain pour s'endormir épuisé et personne ne connaît l'emploi de son temps pendant ses fugues. Il se répond pas aux questions qu'on lui pose à ce sujet ou dit qu'il a oublié.

Il explique ses départs par une impression aiguë de solitude qu'il éprouve lorsque sa femme, qui travaille la nuit comme infirmière, le quitte pour prendre son service. Il est la proie de cauchemars très violents, au cours desquels il revit des épisodes particulièrement dramatiques de la guerre qu'il a faite en Indochine. Il craint d'être poignardé par un chef Vietminh, et quitte alors son domicile.

Dans l'intervalle des fugues, son caractère est très irritable : il ne supporte plus le bruit, les contrariétés, la présence de ses quatre enfants. Il fait souvent des "crises" névropathiques avec pleurs, cris et agressivité à l'égard de sa femme et de son fils Il a été hospitalisé à de nombreuses reprises depuis 58, soit à la suite de fugues, soit au décours des crises, soit à la suite d'une tentative de suicide : il en a fait deux, en essayant de s'asphyxier au gaz d'éclairage puis de s'ouvrir les veines du poignet.

Le conflit conjugal est patent. Sa femme ne peut plus le supporter. Il a fait de nombreuses dettes, interrompt sans cesse son travail, et elle l'accuse de fuir dans la maladie. C'est une personne agressive, autoritaire et sensée. Elle refuse de lui donner satisfaction en cessant son travail nocturne, et il ne peut admettre cette attitude, pourtant motivée par la présence diurne au foyer qui lui permet de veiller sur ses enfants. Il tolère mal la supériorité financière de sa femme qui gagne 550 F. par mois tandis que lui n'en gagne que 380.

Au cours de l'examen, Ver. se présente fort bien. C'est un homme correct jusqu'à l'obséquiosité, dont l'attitude paraît dépourvue de toute spontanéité. Il cherche visiblement à être bien jugé.

Le contact n'est pas naturel, et donne l'impression d'un aménagement savant et fragile ; le discours est châtié, ponctué d'hésitations.

Le récit met en lumière des lacunes amnésiques que le patient souligne avec complaisance, dont il s'excuse exagérément Pour le reste, la mémoire est excellente.

Le conflit conjugal évident se double de difficultés d'adaptation professionnelle. Après l'existence mouvementée qu'il a eue en Indochine, Ver. ne parvient pas à s'accoutumer à l'existence quotidienne et à son travail monotone de fonctionnaire. Aussi rêve-t-il d'une vie aventureuse, faite de voyages, comportant l'imprévu et les risques, dans laquelle il pourrait donner sa mesure. Il vient de faire une demande pour être engagé dans une compagnie de navigation.

Il apparaît une certaine revendication sociale ; le malade est en conflit avec la Sécurité sociale qui veut le mettre en invalidité tandis qu'il brigue un "emploi réservé non sédentaire" auquel il estime avoir droit du fait de sa campagne d'Indochine.

Nous avons peu de renseignements sur son enfance. Son père, mutilé, avait au foyer un rôle effacé. Sa mère, infirmière était autoritaire et le battait fréquemment à coups de nerf de boeuf. Il parle d'elle avec une haine constante.

Au cours d'une narcoanalyse, il exprime une vive émotion. Il parle spontanément de sa haine à l'égard de sa mère, et manifeste la culpabilité qu'il en éprouve "comment puis-je dire que je "la hais, c'est pourtant monstrueux".

Il déteste aussi son épouse "qui pourtant a toujours été "un ange de patience et de crainte".

Il parle ensuite de sa nostalgie de l'Extrême-Orient : "on brûlait, on assassinait, mais cela n'avait rien de commun avec "la terne existence que je mène aujourd'hui".

Il conclut enfin en exprimant son agressivité :"il faut "que j'éclate, que je parte, que je disparaisse, que je me suicide".

Un E.E.G. pratiqué élimine la comitialité temporale.

Les tests psychométriques donnent les résultats suivants :

- test de vocabulaire : note brute : 33
  note étalonnée (Q.I.) = 126
- test du facteur général D.48 : note brute 29
  note étalonnée (Q.I.) = 123
- test de rétention visuelle de Benton (forme C, reproduction immédiate) : note présumée : 10
  note obtenue : 3 7
- M.M.P.I. : 247'68391 5 6 - 18 - 6

- test de Roschach =

R = 8 T = 14 1K / OC

F + % = 100 F% = 75 A% = 75

- Interprétation : composante dépressive importante, anxiété intense avec inhibition et mécanismes de type phobique chez une personnalite psychopathique de niveau intellectuel supérieur.

Il nous paraît au total qu'il s'agit de manifestations hystériques chez un psychopathe.

Le caractère hystérique des fugues, de l'amnésie et des crises, ne peut guère être discuté. Il existe une composante anxieuse et phobique qui s'exprime dans le caractère obsédant des rêves. L'utilisation des fugues, des tentatives de suicide, des crises est de type hystérique à un double égard. Celles-ci permettent à Ver. d'obtenir l'intérêt de sa femme, et il essaie de l'empêcher de poursuivre son travail nocturne. Il exprime d'autre part son incapacité à supporter la contrariété à la fois dans sa vie conjugale, dont il n'arrive pas à rester le héros puisque l'intérêt des enfants passe avant le sien, et dans sa vie professionnelle qui lui paraît terne et maussade. L'élément psychopathique apparaît dans la fréquence des dettes, le caractère des fugues, les tentatives de suicide, la violence du sujet. Le désir de partir, le goût pour la vie aventureuse, les projets irréalisables en témoignent aussi.

Il s'agit donc d'une personnalité psychopathique, dont l'enfance a été très malheureuse, qui se trouve en conflit avec sa femme et avec la société qui ne lui offre qu'un métier ennuyeux avec un salaire misérable (contrastant avec ses possibilités intellectuelles élevées) : il exprime son impuissance par des manifestations hystériques grâce auxquelles il espère également pouvoir obtenir certaines satisfaction affectives.

OBSERVATION 5 Névrose hystérique

Cge,. est hospitalisé en 1966 pour une hémiparésie droite avec troubles de la parole, dont le caractère pithiatique ne fait aucun doute.

L'histoire de la maladie paraît un modèle du genre. Enfant, il se décrit comme timide, silencieux, réservé, toujours inquiet et craintif. Dernier enfant d'une famille de 3, il était aussi le seul garçon, fort choyé par sa mère et ses soeurs aînées. Sa mère au foyer, douce, prévoyante, l'accablait d'attentions. Son père, émailleur, doux lui aussi, peu autoritaire, n'intervenait guère. Il n'était heureux que dans sa famille, affolé dès qu'il se trouvait au dehors.

A l'âge de 8 ans, réprimandé par l'instituteur qui l'oblige à répéter une leçon récitée trop rapidement, il fait une "crise": il tombe évanoui sur le plancher, s'agite et se débat. A la maison, à la plus faible contrariété (rapidement évitée) il entre en transe, ne se domine plus, s'agite, brise tout autour de lui. La famille cède totalement.

A l'âge de 14 ans, il présente une monoplégie crurale droite qui guérit en 15 jours, remplacée alors par une paralysie du bras, durant aussi 15 jours. On le traite par rayons ultra-violets. La cause de cet épisode semble avoir été le fait qu'il ait été placé en demi-pension, ce qui lui déplaisait vivement. Grâce à sa maladie, il sera repris à la maison, ce qui oblige ses parents, étant donnée la distance de l'école à leur domicile, à déménager.

A lâge de 20 ans, la veille de son départ pour le service militaire, il fait une quadriplégie avec aphasie. A l'hôpital militaire, les troubles régressent partiellement. Mais il persiste une douleur de la jambe droite, qui est lourde, qui "traîne" et l'empêche de

marcher longtemps. Aussi le médecin traitant décide-t-il de pratiquer une ponction lombaire, puis un lipiodol. Cet examen a beaucoup frappé le sujet qui impute au lipiodol la persistance ees douleurs de la jambe droite. D'ailleurs, dit-il, il en reste encore aujourd'hui, "on me l'a montré sur les radiographies".

Se montrant incapable de reprendre une vie normale, il va, après plusieurs expertises, être finalement réformé.

Il entre alors à l'usine Martin où il travaille depuis lors. Ouvrier perceur aux pièces, son travail ne lui plaît que modérément.

A l'âge de 24 ans, il se fracture le poignet : cette fracture ne guérira jamais. Pendant 3 ans, en effet, le poignet droit reste gonflé, mal-habile, empêchant tout travail manuel malgré de nombreuses séances de rééducation et de radiothérapie. A l'âge de 27 ans 3 ans après la fracture, une intervention lui est proposée "pour libérer les gaînes des tendons déssêchées par la radiothérapie". Mais cette intervention est un échec et Oge. demeure incapable d'utiliser son poignet. Il a repris son travail à l'usine en tant que contre-maître : il inspecte le travail de ses camarades.

Ce n'est que l'an dernier, à l'âge de 34 ans, que la situation se détériore à nouveau. Par suite d'un remaniement dans le personnel, Oge. doit reprendre son travail de perceur. Il fait alors d'abord une "crise" : évanouissement au cours d'un spectable de télévision, sans morsure de la langue, ni perte d'urines, mais avec d'incessants mouvements des globes oculaires et une gesticulation importante.

Puis c'est la jambe "qui ne tient plus". Depuis qu'il retravaille debout, Oge. a remarqué que son genou se plie involontairement de plus en plus au cours de la journée ; il rentre chez lui,

traînant la jambe, marchant le genou fléchi, sur la pointe du pied. Il refuse cependant de s'arrêter de travailler car "je dois être courageux".

Mais, c'est le bras droit qui à son tour est atteint de fatique douloureuse. Il est possible qu'une périarthrite de l'épaule ait inauguré les évènements. Toujours est-il que, à l'heure actuelle, la mobilité de l'épaule est parfaite. Mais le malade ressent, à la fatigue, une lourdeur invincible du bras qui devient tendu et douloureux.

C'est dans ces conditions qu'après deux mois d'arrêt de travail il est hospitalisé.

L'examen neurologique est rigoureusement normal. Il conserve une contracture volontaire de la jambe afin de garder le genou lègèrement fléchi, alléguant l'impossibilité d'une extension que l'on retrouve quand le malade est soumis à diverses épreuves : sur le ventre, flexion en avant du tronc, etc... La marche s'effectue avec le genou droit toujours fléchi. Le diagnostic de pithiatisme est donc évident.

l'E.E.G. élimine la comitialité

Le caractère de Oge. est considéré par ses proches et lui-même comme doux, patient et anxieux. Il se dit "nerveux", a peur des responsabilités, s'inquiète volontiers.

Marié à 22 ans, il fut abandonné par sa femme à l'âge de 25 ans, avec 3 enfants dont il s'occupe lui-même fort bien. Il se remarie à 27 ans avec une femme divorcée, mère de 2 enfants. L'entente conjugale est excellente. Sa femme est autoritaire, organisée ;

elle mène le ménage à sa façon, dirige tout et soigne son mari avec complaisance. Au cours de ses arrêts de travail, il s'occupe volontiers des enfants et des travaux ménagers, fait le cuisine, le marché, le ménage. C'est un mari très facile et agréable, nous dit sa femme, mais et est trop anxieux et préoccupé de son avenir.

Sur le plan sexuel, il n'y a pas de difficultés ; l'éjaculation est prompte sans être ante portas.

Au cours de l'examen, le malade se présente bien. Il cherche à donner de lui-même une impression favorable. Il est courtois, correct, raconte brièvement ses accidents antérieurs. Il insiste peu sur sa maladie à laquelle il paraît tout-à-fait résigné et semble se prêter de bonne grâce aux examens, avec la certitude qu'il n'en éprouvera aucune amélioration. Le retour à son poste antérieur de contre-maître est son seul désir. Il s'estime lésé dans la perte de cette fonction qui lui était dûe ; il s'est plié à la décision de son patron, mais lutte par la maladie exprimant ainsi un refus qu'il n'ose exprimer de vive voix. Facteur de bon pronostic, il a entrepris des études d'électricité pour se reclasser dans l'usine, dans un poste moins fatigant qui ne soit pas un poste de faveur. Les études paraissent fructueuses, il vient de passer le brevet d'électricien auquel il espère être reçu.

L'étude psychométrique montre un Q.I. à 103.

MMPI : ' 7 25 7 - 5 - 14

Le sujet cherche à se montrer sous un jour favorable et à minimiser ses troubles.

Le test de Rorschach montre une intelligence peu productive, peu originale, bien adaptée (R = 13).

Le sujet est coarte avec une inhibition de l'affectivité. Il existe une angoisse flottante et une insécurité. Les problèmes d'adaptation sexuelle sont certains.

K = 1 F% = 67 A% = 55 F + % = 60 $\leqslant$C = 1

Dans cette observation, nous retrouvonsla plupart des éléments constitutifs de la névrose hystérique chez l'homme :

- personnalité immature avec quête affective, besoin d'amour, choix d'une épouse maternelle et dominatrice pour succéder à une mère protectrice,
- intolérance ancienne aux frustrations, auxquelles il réagit par la maladie, utilisée depuis l'enfance, avec succès comme moyen de se défendre dans la vie,
- douceur, patience, goût pour les travaux ménagers, tendresse pour les enfants,
- scotomisation des problèmes : il se présente comme la victime de la maladie (et, entre autre, du lipiodol) et nie toute participation de ses conflits professionnels à sa maladie.

F - LA PERSONNALITE HYSTERIQUE DANS LES DEUX SEXES

Au terme de cette étude au cours de laquelle nous avons tenté de préciser ce qu'était l'hystérie et comment l'homme pouvait, au même titre que la femme, devenir hystérique, il nous faut situer la position des deux sexes par rapport à la maladie et à la personnalité hystérique classique

1 - La fréquence de l'hystérie est la même dans les deux sexes jusqu'à l'âge de 20 ans.

Cette constatation, qui a des conséquences théoriques considérables, a été faite par LINDBERG (1963). En effet, le pourcentage d'attitude hystéroïde dans les deux sexes est le même jusqu'à 20 ans environ (fréquence commune). Puis la fréquence chez l'homme qui atteignait 36,1% avant 30 ans décroît jusqu'à 15% à 50 ans. Chez la femme au contraire, elle augmente peu à peu atteignant un maximum de 45% vers 50 ans. Elle diminue ensuite jusqu'à 27%. Les deux courbes de fréquence dans les deux sexes s'écartent assez brusquement l'une de l'autre.

Ces données sont retrouvées dans les travaux de LINDSTROM (1962) sur la subsolidité (analogue à la notion d'attitude hystéroïde) dans une population non psychiatrique de 2.708 sujets. La fréquence de la subsolidité diminue régulièrement avec l'âge chez l'homme (de 57 à 20%), ce qui est très significatif ($p < 0,001$).

Cette étude confirme la validité des chiffres de LINDBERG et montre qu'ils sont significatifs.

2 - L'attitude hystérique chez l'homme.

Elle peut être influencée par des facteurs sociaux. L'homme qui aurait eu des tendances hystéroïdes se réfrènerait peu à peu sous l'influence des pressions sociales et de l'idéal masculin conventionnel. La suggestibilité, la nécessité de se conformer à la règle étant un trait capital de l'hystérique, il n'est pas étonnant que le sujet ayant une tendance hystéroïde incline à jouer son rôle d'homme s'il le peut plutôt qu'à adopter une attitude maladive peu glorieuse pour lui.

En cas de conflit, différentes possibilités sont offertes aux hommes qui peuvent adopter plusieurs conduites actives différentes : ainsi le déséquilibre psychopathique est bien plus fréquent chez lui que chez la femme (LEDOUX) où il ne s'établit jamais que de manière passive (homosexualité, toxicomanie, alcoolisme solitaire).

L'adoption de l'attitude hystérique et la production du symptôme chez l'homme supposent donc :

a) soit une extrême valorisation de la maladie qui perd son caractère de faiblesse pour devenir une arme utile permettant d'échapper à une menace grave ou d'obtenir un bénéfice important

b) soit une régression du sujet à un stade infantile. La régression, ici, est particulièrement profonde et les motifs névrotiques très sévères. Le sujet abandonne l'attitude virile et se réfugie dans l'enfance et la maladie ; il refuse l'activité en choisissant une conduite assez passive. Il rejette son stéréotype viril. Aussi deviendra-t-il faible, dominé, se plaisant aux soins ménagers sans être cependant ni efféminé ni homosexuel. Il ne s'identifie pas en effet à un personnage féminin mais régresse à une

attitude infantile qui lui avait donné de sérieuses satisfactions.

3 - Pour la femme, au contraire, l'attitude hystérique est plus acceptable.

Elle va dans le sens du stéréotype féminin. Il n'y a pour la femme, aucune honte à être malade. Elle peut se faire plaindre et cajoler car sa faiblesse est valorisée. Tout comme l'homme, la suggestibilité et le désir de se conformer aux normes amènent la femme à accepter l'idéal qu'on lui propose et qui l'autorise à être malade (tandis que celui de l'homme le lui interdisait).

Or, la femme, dans la société, est vouée à une passivité relative. La plupart des conduites actives vers lesquelles elle pourrait décharger son anxiété lui sont interdites. Elle est donc facilement amenée à utiliser, pour se défendre, l'arme relativement passive qu'est la maladie.

Placée dans une position d'infériorité, la femme était (est souvent encore) élevée à obtenir ce qu'elle désire (l'amour), non par la conquête, mais par la séduction. Habituée à se maquiller, à jouer le rôle de la femme désirable, à susciter le désir et la tendresse, elle a l'habitude donc de se faire objet, de se servir d'elle-même pour obtenir. Le refuge dans la maladie lui sera donc aisé en même temps qu'utile.

Enfin, la demande de la femme se situe au niveau de son partenaire, que son attitude hystérique atteindra directement. Au contraire, chez l'homme, nous l'avons vu, la demande se situe plutôt au niveau de la société qu'il est moins facile de faire vibrer.

Au total, l'attitude hystérique, parfaitement compatible avec un certain idéal socio-culturel féminin (vapeurs !), réalise donc pour la femme une des seules formes de "passage à l'acte" possible. C'est un refus profond de la passivité par une femme incapable pourtant de s'opposer au personnage qu'on lui propose. Ce refus profond de sa position féminine explique sa frigidité.

Une dernière explication de la fréquence de l'hystérie féminine réside dans les difficultés soulignées par les psychanalystes d'accession au stade génital normal. La femme a en effet, nous l'avons vu, à surmonter la difficulté d'un changement d'objet d'amour pour la formation du complexe d'Oedipe (passage de la mère au père), d'un changement de sexualité (clitoridienne, puis vaginale d'abord cachée) et la nécessité d'accepter la perte du phallus au profit d'une maternité toujours lointaine et aléatoire.

La sexualité féminine, enfin, lorsqu'elle finit par être atteinte, est l'objet d'un refoulement bien supérieur à celui qui se produit chez l'homme sous l'influence de la société.

Rappelons l'étude de FREUD sur la féminité qui, à propos du complexe d'Oedipe, dit que "la fillette conserve ce com-"plexe pendant un temps indéterminé et ne le surmonte que tardi-"vement et de façon incomplète. Le surmoi, dont la formation est, "dans ces conditions, compromise, ne peut parvenir ni à la puis-"sance ni à l'indépendance qui lui sont nécessaires". (Notons qu'il ne s'agit pas là de la femme hystérique mais de la femme en général).

La relation avec son médecin sera donc pour la femme particulièrement satisfaisante. Elle est la patiente idéale

pour VALABREGA ; la relation thérapeutique est une relation homme-femme dans laquelle la malade est une proie sexuelle pa passive. Le médecin-père est un être phallique actif devant le malade passif castré. La position primaire du malade, de quelque sexe qu'il soit, est une position féminine.

Pour la femme, le refuge dans la maladie est donc une conduite à la fois facile, approuvée et efficace.

Enfin la femme investit tout sur son compagnon. Elle n'a pas d'autre issue que d'en obtenir l'amour. Elle n'a pas, comme l'homme, la possibilité de satisfactions professionnelles et, même si elle exerce un métier, il n'a jamais grande importance pour elle. Aucune compensation sociale ne lui sera proposée si elle n'obtient pas l'amour de l'autre. "La gloire n'est jamais pour "une femme que le deuil éclatant du bonheur". C'est de l'amour de l'autre qu'elle obtient sa valorisation.

4 - La personnalité hystérique classique

Elle est, bien entendu, celle de la femme hystérique (et même de la femme hystérique en 1900) dont elle représente une caricature féroce où l'agressivité de l'homme médecin se manifeste amplement (CHODOFF et LYONS).

Elle associe donc, nous semble-t-il :

a) Des traits communs aux deux sexes et qui sont les facteurs fondamentaux de l'hystérie ;

- immaturité affective
- absence de contrôle des pulsions
- intolérance aux frustrations
- manque de lucidité et de pénétration psychologique

- adhésion à la loi morale proposée et désir de se montrer sous un jour favorable.

b) Des traits, absents chez l'homme, qui ne sont que des traits de féminité caricaturaux présentés par des malades qui veulent séduire en se conformant à l'idéal féminin et en utilisant tous les moyens possibles.

La femme hystérique se caractérisera tout particulièrement par le manque de contrôle des émotions, la fabulation, la coquetterie, l'histrionisme, le caprice, le puérilisme, et l'érotisation des rapports interpersonnels. Sa situation passive l'oblige à se réfugier dans le rêve et l'imagination , son état de femme l'habitue et l'oblige à jouer un rôle, son manque de personnalité propre l'aide à s'identifier...

Il n'est, pour s'en convaincre, que de rappeler les éléments du stéréotype féminin (image statistique que les deux sexes ont de la femme) donné par A.M. ROCHEBLAVE-SPENLE. Il comporte les traits suivants (retrouvés avec une fréquence de 80 à 95%) : caprice - "hystérie" ! -soumission - faiblesse - sensibilité - peur- émotivité - incohérence - ruse - passivité - douceur - besoin d'amour... Quant à savoir s'il s'agit là de facteurs innés, constitutionnel, physiologiques ou de facteurs acquis, c'est un faux problème car l'enfant est soumis, au début de son existence, à des influences sociales qui lui apprennent un rôle déterminé de sorte qu'il évoluera en fonction du modèle proposé (qu'il s'y conforme ou s'y oppose).

Par contre, si la femme a beaucoup de "traits hystétériques" qui font défaut à l'homme, l'attitude hystérique n'implique pas chez elle cet échec qu'elle traduit chez l'homme. Elle

ne donne pas ce sentiment d'impuissance et de faiblesse qui, chez l'homme, va de pair avec le désir de maladie.

ROCHEBLAVE-SPENLE (Les rôles masculins et féminins) affirme donc que "si l'homme se distingue par sa stabilité, la solidité de ses assises émotionnelles, la femme apparaît "au contraire comme un être à l'équilibre instable, au contrôle "insuffisant, sauf en ce qui concerne l'expression directe et "adaptée des émotions. Le côté affectif est très marqué". La femme porte donc "le sceau d'une existence tournée vers au-"trui et non vers la domination du monde".

Ces considérations peuvent expliquer certaines divergences à propos de la personnalité hystérique : si les "traits "fondamentaux" sont communs, les traits "de féminité" par contre sont variables, surtout avec l'époque, le pays, le niveau de culture et d'éducation. Certains types de recrutement aboutirons à des femmes plus mythomanes que d'autres... C'est pourquoi ces traits de féminité nous paraissent devoir être considérés comme des épiphénomènes, comme une conséquence de la névrose et non comme sa cause. On peut admettre toutefois qu'on se trouve dans un cercle vicieux, l'attitude féminine, adoptée sous l'influence du besoin hystérique d'amour, renforçant à son tour les traits fondamentaux. Aussi la discrimination est-elle parfois délicate.

CONCLUSIONS

° °
°

Cherchant à étudier l'hystérie chez l'homme, nous nous sommes heurté, dans le choix de nos malades, à l'imprécision du cadre nosologique dont témoignent les différents sens du mot hystérie : réaction, conversion, caractère, personnalité, attitude... (CHODOFF). Nous avons donc choisi de nous limiter aux manifestations indiscutables de conversion chez l'homme afin de tenter ensuite de préciser la personnalité des sujets chez lesquels elles survenaient.

1 - Notre étude clinique (effectuée dans le service du Professeur Jean DELAY) groupe 53 observations dont nous n'avons pu personnellement prendre que 8. Ce groupe, sélectionné sur la présence de symptômes typiques et assez sévères pour justifier l'hospitalisation en milieu psychiatrique (à l'exception de 3 sujets) ne nous paraît pas constituer un échantillon représentatif de la population hystérique masculine. Aussi nous sommes-nous efforcé de rappeler les résultats des publications antérieures pour tenter d'obtenir un aperçu plus général grâce à un matériel souvent très différent du nôtre.

L'étude des symptômes nous a paru devoir être précédée d'un historique de l'évolution des critères diagnostiques

de la conversion. La revue détaillée des symptômes décrits dans la littérature a été faite par PURTELL et ROBINS et groupe 154 cas (rapportés par CHARCOT, PUTNAM,...). Les thèses de KLEIN (78 cas) et BATAULT (213 cas), l'étude de Pierre MARIE, les publications de BABINSKI et FROMENT, de ROUSSY et LHERMITTE, témoignent également de la vague d'intérêt porté à l'hystérie de l'homme de 1890 à 1918. Il faut attendre ensuite, si l'on excepte les observations militaires, les travaux de ROBINS en 1952 (38 cas), puis LJUNBERG (135 cas comparés à 246 cas féminins)...

La comparaison de ces statistiques avec la nôtre ne montre pas une concordance totale, mais le matériel est très différent. Dans notre étude, on observe le caractère mono- ou pauci-symptomatique des accidents (1 à 3 symptômes, tandis que ROBINS en retrouve 6 en moyenne) ainsi que leur permanence : la variabilité est faible. La manifestation la plus fréquente est la crise hystérique convulsive ou lipothymique, que nous retrouvons dans 46% des cas (25% seulement pour LJUNBERG et 26% pour ROBINS) ; on trouve ensuite des troubles de la marche à type d'astasie-abasie et des paralysies (25% ; aucun cas pour ROBINS 53% + 17% pour LJUNBERG), des mouvements anormaux (15%), des troubles de la vue : cécité ou blépharospasme (15%), des troubles de la parole (15%) et quelques symptômes isolés : prurit généralisé (2%), dysphagie (2%), catiémophrénose (2%), états crépusculaires avec fugues amnésiques (6%).

Ces symptômes de conversion surviennent chez l'homme avec une fréquence assez variable selon les auteurs et les milieux qu'ils observent. L'hystérie masculine paraît en

moyenne 2 à 3 fois moins fréquente que celle de la femme ; les limites des proportions vont de 50% pour Pierre MARIE par exemple à 10 à 20% seulement pour ZIEGLER, IMBODEN et MEYER, et STEPHENS et KAMP. La fréquence de l'hystérie masculine dépend de l'âge des sujets : LINDBERG a montré que si la proportion des deux sexes est identique dans l'enfance et l'adolescence, l'hystérie diminue assez brutalement chez l'homme où elle est mal tolérée par la société et peu conforme à l'idéal actif de virilité, tandis qu'elle augmente chez la femme où elle représente une solution relativement conforme à la passivité féminine et souvent partiellement encouragée par l'entourage. L'âge moyen des sujets est de 34,4 ans (de 15 à 62 ans), plus élevé que celui des sujets de ROBINS (25,7 ans).

La durée des accidents enfin semble dépendre essentiellement des motifs de l'attitude hystérique et du succès qu'elle obtient. La satisfaction fait cesser la conversion lorsqu'elle devient inutile à la conservation du profit. Nous avons observé 20% de guérison après un temps inférieur à 2 ans. Pour les autres cas, les manifestations se poursuivent et durent depuis moins d'un an dans 20% des cas, depuis plus de 2 ans dans 20% des cas (atteignant 12 et même 18 ans pour certains symptômes).

2 - En dehors des symptômes typiques, nous rencontrons parfois des manifestations moins évocatrices de l'hystérie et pour lesquelles se posent des problèmes diagnostiques. On assiste à une modification de la physionomie de la conversion : il se produit un affaiblissement des symptômes qui deviennent plus discrets dans leur expression, moins dramatiques (SCHILDER) tandis que leurs limites s'étendent, englobant une forte proportion de

de symptômes subjectifs (céphalées, douleurs...) et psychiatriques (dépression). Des études comme celle de ROBINS comportent une majorité de ces troubles invérifiables ; ZIEGLER et IMBODEN retrouvent 50% de manifestations douloureuses, de même que ABSE...

Cet appauvrissement des manifestations objectives aux dépens des algies alléguées explique que l'hystérie de conversion puisse paraître moins fréquente qu'autrefois. En réalité, les statistiques de STEPHENS et KAMP mettent en évidence la même proportion d'hystériques dans un service hospitalier de 1945 à 1960 (1,84%) que de 1913 à 1920 (2,14%). Mais l'avènement de la Sécurité Sociale avec la prise en charge croissante entraîne l'adaptation des symptômes au minimum nécessaire pour obtenir la compensation excomptée. Ainsi se contrôle la plasticité de l'hystérique qui s'adapte remarquablement à ce que le médecin attend de lui et peut raisonnablement prendre en considération. Pourquoi utiliser une paralysie théâtrale qui risque d'être démasquée quand il suffit d'alléguer une céphalée invérifiable. Aussi le diagnostic, qui se discutait autrefois avec les affections organiques, se pose-t-il maintenant avec les manifestations hypochondriaques et psychosomatiques (DELAY), et l'on peut délibérer sur le cadre dans lequel doivent être rangées certaines manifestations anxieuses (boule hystérique, vomissements, hoquet, rétention d'urine...) : observation 6, 7, 8.

3 - Le diagnostic de simulation enfin est soulevé chez l'homme avec une fréquence particulière eu égard à l'évidence du profit matériel : observation 9. Aussi nous a-t-il paru indispensable de reprendre l'étude des différents mécanismes psychologiques

invoqués pour expliquer le fait de la conversion somatique. Ceux ci nous paraissent s'appliquer tout aussi bien aux sujets que nous avons observés qu'aux cas d'hystérie de conversion chez la femme. Nous retrouvons l'impression de mauvaise foi dans l'allégation de la sincérité. Nos hystériques paraissent refouler la conscience de leur duplicité et se persuader que la maladie qu'ils désiraient s'est produite sans qu'intervienne leur volonté. L'homme se trompe avec la même "bonne foi" que la femme, et il ne nous paraît pas légitime de lui ôter le bénéfice de l'aveuglement en le traitant de simulateur tandis que la femme seule conserverait le privilège de l'hystérie.

4 - La conversion somatique implique-t-elle une personnalité hystérique ? Les définitions de la personnalité hystérique, complétées de distinctions d'avec le caractère hystérique, l'attitude hystéroïde et les réactions hystériques, comportent de nombreux traits (7 pour CHODOFF et LYONS) éminemment variables selon les auteurs et que nous avons détaillés. Mais, à la difficulté de circonscrire cette personnalité, s'ajoute une constatation décourageante : la personnalité hystérique, d'abord négligée, a ensuite été décrite par analyse du caractère des individus qui présentaient des réactions de conversion. Or, pour de nombreux auteurs (NYSSEN, AJURIAGUERRA, KRETSCHMER, BOWLBY, SOMMER), il n'y a aucune concordance entre la personnalité hystérique et la fréquence de la conversion actuellement : les hystériques (caractère) n'ont pas de propension spéciale à la conversion et, inversement, la conversion se retrouve dans tous les types de personnalité, au point que CHODOFF et LYONS, après avoir défini la

personnalité, ne la retrouvent dans leur étude que dans 3 cas sur 17 !

Aussi avons-nous cherché à analyser nos sujets sans tenter de les classer au départ, mais en précisant plutôt tous les renseignements que nous pouvions obtenir.

- Les modalités de recrutement sont les suivantes :
  . 3 malades ont été vus en consultation,
  . 7 ont été internés,
  . 41 hospitalisés en service libre au cours des 12 dernières années (1954 à 1966).
- Les circonstances d'hospitalisation sont les suivantes :
  . accidents somatiques : 39
  . états crépusculaires : 3
  . tentative de suicide : 1
  . état dépressifs avec asthénie (syndrome "tête vide, jambes molles") : 10
- Les professions étaient de faible niveau :
  - 31 ouvriers
  - 10 employés et fonctionnaires
  - 1 militaire
  - 5 petits commerçants
  - 2 étudiants
  - 3 professions libérales

Cette faible qualification témoigne d'une mauvaise adaptation sociale et d'une intolérance du milieu à l'homme hystérique, car elle contraste avec le niveau intellectuel plutôt élevé. Le Q.I. moyen des 18 malades qui ont pu être testés est en effet de 108.

- Le milieu d'origine, plutôt simple, a été précisé. Il est légèrement supérieur à celui des sujets hystériques eux-mêmes. Ce faible déclassement est attesté par la profession des frères, souvent supérieure à celle des malades.
- Le rang dans la fratrie a été envisage : il ne semble pas exister de prépondérance spéciale, mais un taux élevé de familles nombreuses avec, pour 53 sujets, 4,4 enfants en moyenne ; il n'y a que 2 enfants uniques, et ils sont nés de père inconnu.
- Les conditions familiales sont assez souvent défavorables :
  . décès du père : 5 (10%)
  . père inconnu : 2 (4%)
  . père et mère perdus, enfant élevé à l'A. P. : 3 (6%) auquel s'ajoute 1 cas où les parents ont été déchus de leurs droits.

  Outre les orphelins, 11 sujets ont eu une enfance malheureuse du fait de l'alcoolisme ou des brutalités de leur parents (20%). Par contre, 14 ont eu une mère très affectueuse, autoritaire, et dont ils sont restés dépendants (25%).
- Leur vie familiale personnelle ne montre pas une proportion élevée de célibataire (15 sujets, parmi les plus jeunes). 4 seulement sont divorcés dont 2 sont remariés. Il n'y a qu'un seul homosexuel : la rareté de l'homosexualité chez ces sujets souvent faibles, dépendants et de goûts parfois féminins, est relevée par beaucoup (KLEIN en particulier) ; elle semble liée à la suggestibilité de l'hystérique qui cherche à se conformer aux normes et paraît incapable d'adopter justement une attitude franchement antisociale.
- Les troubles sexuels sont retrouvés chez 12 sujets, souvent à type d'éjaculation précoce plutôt que d'impuissance (4 cas).

- Une étude psychométrique a pu être pratiquée dans 18 cas : nous en précisons certains caractères mais il faut insister d'emblée sur l'absence totale de traits hystériques (échelle HY du M.M. P.I. par exemple).
- Des modifications électroencéphalographiques fonctionnelles, à type d'ondes thêta surtout, sont fréquemment rencontrées (70%).
- L'étude du caractère de nos sujets met en lumière certains traits constants au sein d'une grande hétérogénéité. Ils sont pratiquement impliqués dans le fait même que l'hystérique soit susceptible de passer du désir de maladie (diversement motivé) à la réalisation et de "se croire victime alors qu'il est coupable". Ce facteur commun, que nous qualifions d'hystérogène réside dans la capacité d'alléguer de bonne foi une affection somatique pour liquider l'angoisse et échapper à un conflit. C'est une tendance à une forme particulière de mensonge dont l'originalité tient au fait qu'il n'est pas assumé par le sujet qui refoule la conscience de sa duplicité. La suggestibilité des hystériques les soumet à un stéréotype conventionnel qui les empêche de mentir sciemment ; mais elle leur permet de se persuader qu'ils sont sincères. Cette mauvaise foi implique un manque de lucidité, de pénétration psychologique, de ce que les anglais appellent "insight". Nos malades scotomisent leurs problèmes, nient leur difficultés. Dans les tests psychométriques, cet aspect semble apparaître sous la forme d'une augmentation des items S (subtils) de l'échelle HY du M.M.P.I. qui exprime le désir du sujet de se présenter sous un jour favorable, d'être en accord avec l'idéal social (avec F - K élevé).

Une fois établie la présence de ces traits de caractère hystérogènes, la conversion hystérique peut être envisagée de façon dynamique : la somatisation est une réaction à un conflit subjectivement intolérable dont l'intensité objective est d'autant plus faible que le sujet est moins tolérant et partant que la personnalité est plus névrotique. L'hystérique est à la fois intolérant aux frustrations et incapable de les surmonter par une conduite active Il se réfugie donc dans la maladie, à la fois pour exprimer et pour obtenir.

Souvent chez l'homme, le bénéfice secondaire est patent.

a) Il s'agit parfois d'un intérêt financier : c'est le cas des hystéries traumatiques (11 cas) dont nous détaillons l'observation1.

b) Ailleurs, c'est un profit matériel : changement de travail, rejet d'une responsabilité (16 cas)

"Ces hystéries profitables" peuvent se manifester sous forme de conduites surtout expressives et peu élaborées : ce sont les "réactions primitives" au sens de KRETSCHMER (8 cas) dont nous décrivons une observation (observation 2). Elles représentent l'expression archaïque des pulsions non réfrénées et se caractérisent par l'absence d'inhibition et de contrôle des instincts. Elles surviennent chez des sujets volontiers frustes et soumis à une menace. Elles représentent la majeure partie des hystéries de guerre. Elles se manifestent essentiellement par des crises (100%).

c) Quant aux hystéries profitables qui n'entrent pas dans le cadre qui précède, elles sont souvent liées à une conduite déséquilibrée chez les psychopathes pour lesquels la conversion repré-

sente le dernier type de "passage à l'acte" intéressant après l'épuisement d'autres conduites antisociales (fugues, vols...).

L'hystérie satisfait le désir d'être pris en charge par la Société

d) Parfois, au contraire, le bénéfice secondaire est dérisoire sur le plan matériel et d'ordre essentiellement psychologique ce qui suppose une attitude régressive du sujet dans une position infantile de revendication affective, de quête de sécurité auprès de la mère ou de l'épouse qui en tient lieu. Nous nous trouvons devant une névrose hystérique (50%), bien moins fréquente que chez la femme, mais supposant une régression plus importante tant cette attitude passive et dépendante s'oppose au stéréotype viril.

La névrose hystérique est parfois réactionnelle, chez un sujet fragile, à un traumatisme psychique vécu comme une blessure narcissique (observation 4 : perte de la "raison sociale" du sujet), parfois plus "endogène" (observation 5). Dans tous les cas, on retrouve l'immaturité affective, le besoin de satisfaction immédiate, l'inhibition, l'infantilisme (9 cas sur 13).

5 - Nous nous sommes efforcés, pour conclure, de replacer ces données cliniques dans une conception dynamique de l'hystérie et de situer l'homme par rapport à l'attitude hystérique générale.

L'hystérie de conversion représente le "passage à l'acte" d'un désir d'être malade. On comprend ce désir chez la femme : la maladie représente pour elle une solution économique, efficace, et bien tolérée par la société. C'est en effet une

des seules conduites qui lui soit permise, parce que conduite passive. La femme était (est souvent encore) élevée à obtenir ce qu'elle désirait (l'amour) non par la conquête active mais par la séduction. Elle est habituée à se maquiller, à jouer le rôle de la femme douce, faible et désirable, à "susciter" le désir, à "inspirer" la tendresse. L'attitude hystérique, parfaitement compatible avec un certain idéal féminin socio-culturel (idéal auquel ces sujets sont particulièrement sensibles), réalise donc une certaine forme d'activité, la seule possible dans la situation où elle se trouve. Elle représente le refus de la passivité qui lui est imposée par une femme incapable pourtant de rejeter franchement le rôle qu'on lui propose. C'est ce refus profond de passivité qui explique en partie sa frigidité.

Que l'hystérie soit une conduite presque inéluctable chez la femme dans certaines circonstances explique les difficultés rencontrées dans l'étude de la personnalité hystérique lorsqu'on veut l'appliquer à l'homme. Cette personnalité représente en effet l'association d''éléments de caractère hystérogènes (communs aux deux sexes et que nous avons détaillés) et d'une attitude de féminité exacerbée chez des sujets suggestibles et qui s'efforcent de ressembler à l'idéal féminin. Il n'est pour s'en convaincre, que de comparer les traits hystériques classiques et le stéréotype féminin établi statistiquement (A.M. ROCHEBLAVE-SPENLE), aussi ne faut-il pas s'étonner de ne pas retrouver chez l'homme des traits de personnalité qui n'ont rien d'hystérique mais tout de féminin.

Chez l'homme au contraire, la maladie est un état peu enviable. Il n'est pas glorieux de quémander l'amour en

utilisant la pitié. L'attitude hystérique implique donc pour lui :

- soit un refus profond de l'attitude virile active qui lui est proposée par la société, avec régression intense à un stade infantile de quête passive de l'amour (névrose hystérique).
- soit une valorisation de la maladie, la rendant compatible avec l'idéal viril, de sorte qu'il n'est plus nécessaire de supposer une régression. La maladie, légitimée par la Sécurité Sociale qui la reconnaît et la rétribue, donne droit à une allocation qui est à la fois un profit et un symbole.

C'est en effet dans la compensation affective que représente le profit que l'homme rejoint la femme. Le bénéfice secondaire paraît souvent différent dans les deux sexes du fait de la situation sociale mais le bénéfice primaire est le même.

L'hystérie chez la femme exprime une revendication affective (FITZGERALD...) impatiente qu'elle adresse à son entourage (parent, conjoint). Chez l'homme, il se produit un déplacement du besoin de satisfaction affective qui ne s'adresse pas à la femme - dont il est méprisable de quémander l'amour en se faisant plaindre - mais à la société. L'être social impersonnel satisfait ce désir par le don d'argent. Aussi, si le bénéfice secondaire est souvent matériel chez l'homme alors qu'il est psychologique chez la femme, il satisfait chez l'un et l'autre sexe la même revendication. La femme attend de son partenaire sa justification par l'amour, qui représente son besoin essentiel, tandis que l'homme s'affirme, non pas grâce à la tendresse de sa femme mais par la réussité sociale qui peut seule lui donner le moyen de revenir vers la femme en vainqueur. L'hystérie

traumatique est fréquente chez l'homme alors que chez la femme, même lorsqu'elle travaille, elle est rarissime ; la compensation sociale ne l'intéresse pas. La demande de la femme hystérique s'adresse à l'homme, celle de l'homme s'adresse à la société. Il nous paraît donc légitime d'évoquer un parallèlisme entre l'hystérie affective féminine et l'hystérie sociale masculine. Le caractère affectif chez l'homme suppose en outre une régression importante à une attitude infantile.

BIBLIOGRAPHIE

- ABSE (D.W.)
The diagnosis of hysteria.
Bristol, Wright, 1950

- ABSE (D.W.)
Hysteria.
American handbook of psychiatry, Ariet (S.) editor, New-York,

- AJURIAGUERRA (J. de)
Le problème de l'hystérie.
Encéphale, 1951, 40, 1, 50-87

- ALBERT-WEILL (J.)
Simulations médicales. Signes. Diagnostic. Pathogénie.
Traitement des maladies simulées.
Paris, Doin, 1962, 267 p.

- ALDER
Le tempérament nerveux
Paris, Payot

- ALTSCHULE (M.D.)
Physiologic psychologie of neurosis.
New Engl. J. Med., 1954, 251, 12, 476-483

- AMELINE (M.)
Hypocondrie, guérisseurs et psychologie des masses.
Ann. méd.- psychol., 1931, 89, II, 3, 248-271

- ARKONAC (O.) and GUZE (S.B.)
A family study of hysteria.
New Engl. J. Med., 1963, 268, 5 , 239-242

- ARLOW(J.A.)
Conflit, repression and symptom.
Intern. J. Psychoanal., 1963, 44, 12-22

- AUBER (J.L.)
A propos de certains cas de séméiologie neuropsychique mouvante et d'évolution rebelle. (Hystérie, hypocondrie, sursimulation).
Thèse, Fac. méd. Paris, 1965, 218 p. dactylo.

-AUCOPT (H.)
De l'hystérie traumatique et de la simulation.
Thèse, Faculté de Médecine de Paris, 1903.

- AUDIBERT (V.)
La simulation dans l'armée - Paris méd., 1916, 103-106

- AUDISIO (M.)
Problèmes médico-légaux posés par l'hystérie.
Rev. Praticien, 1964, 14, 239-242.

- AUGUSSOL (M.P.)
De l'hystérie essentielle chez l'homme - Paris, 1876

- BABINSKI (J.)
Définition de l'hystérie - Rev. neurol. 1901, 9, 1074.

- BABINSKI (J.)
Démembrement de l'hystérie. Le pithiatisme.
Sem. méd., 1909, 1-8

- BABINSKI (J.)
Hystérie-pithiatisme.
Oeuvre scientifique. Recueil des principaux travaux, Paris.
Masson, 1934, 457-527.

- BABINSKI (J.)
L'hystérie pendant la guerre.
Oeuvre scientifique. Recueil des principaux travaux, Paris.
Masson, 1934, 528-546.

- BABINSKI (J.) et FROMENT (J.)
Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe.
Paris, Masson 1918.

- BARKER (J.C.)
The syndrome of hospital addiction. J. Ment.Sci., 1962, 108, 167-182.

- BARUK (H.)
L'hystérie et les fonctions psychomotrices.
C.R. Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française.
Bruxelles, 1935, Paris, Masson, 1936, 79-128.

- BARUK (H.)
Les crises nerveuses généralisées. Séméiologie. Diagnostic.
Conduite à tenir notemment en neuropsychiatrie militaire.
Ann. méd. psychol., 1944, 102, 11, 3, 245-278

- BATAULT (E.)
Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme.
Paris, Steinbeil, 1885, 155 p.

- BAUDOIN (C.)
Suggestion et autosuggestion.
Paris, Delachaux et Niestlé, 1951

- BERBEZ
Hystérie traumatique
Thèse, 1887

- BERBLINGER (K.W.)
Hysterical crises and the question of hysterical character.
Psychosomatics, 1960, 1, 270-278

- BERBLINGER (K.W.)
The quiet hysteric and his captive respondent.
Dis. nerv. Syst., 1960, 21, 7, 386-389

- BERGOUIGNAN (M.) et DEMANGEAT
Les lombalgies. Perspectives psychosomatiques.
Rev. Méd. psychosomat., 1960, 2, 3, 71-76

- BERNHEIM (H.)
Conception du mot hystérie. Critique des doctrines actuelles.
Paris, Doin, 1904

- BERNHEIM (H.)
L'hystérie. Définition et conception. Pathogénie.
Paris, Doin, 1913

- BERT et COURJON
Cons-idérations sur l'électroencéphalogramme des hystériques.
Sem. hôp., 1949, 2730-2734

- BIERNOFF (J.)
Traumatic neuroses of industry.
Indust. Med. 1946, 15, 109-112

- BLAIN (A.W.)
Hysteria in male.
Detroit Med. J., 1907, 7, 96.

- BLANCHIVET (J.)
Contribution à l'étude de la sinistrose dans une consultation de traumatologie - Thèse, Fac. de Med. de Bordeaux, 1962

- BLUM (A.)
De l'hystéro-neurasthénie traumatique (railway pine).
Paris 1893.

- BOEGNER-PLICHET (M.)
Symptômes hystériques et synmptômes psychosomatiques.
Entretiens psychiat., 1959, 8, 131-152

- BOISSEAU (J.)
Hystérie et simulation. L'accident pithiatique n'est autre chose qu'un accident simulé.
Ann. méd-psychol., 1949, 107, II, 2, 121-167 et 3, 250-286

- BOISSEAU (J.)
Les troubles secondaires de l'hystérie. Les associations pithiatiques primo-secondo-tertiaires.
Ann. méd.-psychol., 1950, 108, I , 3, 273-309 et 4, 401-431

- BOWLBY (J.)
Personality and mental illness.
London, Kegan, 1940

- BREMER (J.)
A social psychiatric investigation of a small community in northern Norway.
Acta psychiat. scand., 1951, 27, suppl. 62, 166 p.

- BREUILLARD
De l'hystérie chez l'homme.
Paris, 1870.

- BRIQUET (P.)
Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.
Paris, Baillière. 1859.

- BRISSET (C.)
Hystérie et pathologie psychosomatique.
Rev. Praticien, 1964, 14, 1459-1470.

- BROWN (F.W.)
Heredity in psychoneuroses.
Proc. Roy. Soc. Med., 1942, 35, 785.

- CAMPBELL (H.)
War neuroses.
Practitioner, 1916, 96, 501-509.

- CARTER (A.B.)
The prognosis of certain hysterical symptoms
Brit. med. J., 1949, 1, 1076-1079

- CASTETS (B.)
Eléments pour une systématique de l'hystérie.
Ann. méd.-psychol., 1960, 118, II, 2 245-267

- CAVAFY (J.)
Case of male hysteria.
Lancet, 1874, 2, 899

- CENAC (M.)
L'hystérie en 1935.
Evol. psychiat., 1935, 4, 25-33

- CENTRES NEUROLOGIQUES MILITAIRES
Travaux.
Rev. neurol., 1914/15, 28, 1135-1201

- CHARCOT (J.M.)
Leçon sur l'hystérie chez l'homme
Progrès méd., 2 mai 1885

- CHARCOT (J.M.)
Leçons du mardi à la Salpêtrière. Tome I.
Policlinique 1887-1888.
Paris, Battaille, 1892, 501 p.

- CHARCOT (J.M.)
Leçons du Mardi à la Salpêtrière. Tome II.
Policlinique 1888-1889.
Paris, Lecrosnier et Babé, 1889, 579 p.

- CHAUDERON (J.) et FUSCH (M.)
Atteinte psychosomatique et facteurs humains des accidents du travail.
Maroc méd., 1964, 474, 925

- CHAVANY(J.A.)
Simulation et neuropsychiatrie.
Sem. Hôp., 1940, 6, 125

- CHAVIGNY (P.)
Les maladies méconnues. Anesthésies et analgésies hystériques.
Paris méd., 1916, 214.

- CHODOFF (P.)
A re-examination of some aspects of conversion hysteria.
Psychiatry, 1954, 17, 1, 75-81

- CHODOFF (P.) and LYONS (H.)
Hysteria, the hysterical personality and hysterical conversion.
Amer. J. Psychiat., 1958, 114, 8, 734-740

- CLAPAREDE (E.)
Quelques mots sur la définition de l'hystérie.
Arch. psychol., 1908, 7, 169-183.

- CLARKE (J.)
Some neuroses of the war.
Bristol med. chir. J., 1916, 34, 49-52

- CLAUDE (H.) et PORAK (R.)
Les troubles de la motivité de nature hystérique chez les blessés de guerre. Etudes ergographiques et interprétation de la symptomatologie dite hystérique.
Encéphale, 1916, 9/11, 9, 215-160

- CLAUDE (H.) et SAUSSURE (R. de)
Le mécanisme de l'émotion retardée chez l'hystérique.
Encéphale, 1924, 19, 553-558.

- CLAUDE (H.) et SCHNYDER
Définition et nature de l'hystérie.
C.R. Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française.
Genève-Lausanne, 1907, 100-151.

- COBB (S.)
Foundations of neuropsychiatry.
Baltimore, Williams and Wilkins, Cy, 1944, 252 p.

- CODET (H.)
Le problème actuel de l'hystérie.
Evol. psychiat., 1935, 7, 3-44.

- CODET (H.)
L'hystérie, mode de réaction psychique.
Progrès méd., 1935, 23, 948.

- CODET (H.)
Un cas banal d'hystérie. Quelques considérations théoriques.
Evol. psychiat., 1937, 9, 1, 21-42.

- COHEN (M.E.), ROBINS (E.), PURTELL (J.J.), ALTMANN(M.W) and REID (D.E.)
Excessive surgery in hysteria. Study of surgical procedures in 50 women with hysteria and 190 controls.
J.A.M.A., 1953, 151, 12, 977-986.

- COIRAULT (R.) et coll.
L'hysiène mentale dans l'armée.
Acta belg. Arte med. pharm. milit. 1958, 5, 1, 131-201.

- COSTA (J.M. da)
Hysteria and hystero-epilepsy in male sex: hysterical symptoms in brain diseases.
Coll. Clin. rec., 1881, 2, 1, 1-5.

- COSTEDOAT (A.)
La simulation des symptômes pathologiques et des maladies. Diagnostic différentiel. Etat mental des simulateurs.
Paris, Baillière, 1933.

- COURBON (P.)
Hystérie, schizophrénie, pithiatisme et simulation.
Ann. méd.-psychol., 1937, 95, II, 268-273.

- CRAHAY (S.)
Aspects psychologiques et sociaux de la simulation des troubles psychiques.
C.R. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française.
Marseille, 1964, II, 423-430.

- CRUCHET (R.)
Le syndrome hystérique.
Paris, Baillière, 1951, 64 p.

- DAUMEZON (G.)
Troubles du caractère, déséquilibre, personnalité psychopathique et congé de longue durée.
Information psychiat., 1960, 9, 917.

- DEJERINE (J.)
Discussions sur l'hystérie.
Rev. neurol., 1908, 16, 901.

- DELAY (J.)
La médecine psychophysiologique.
Presse méd., 1949, 20, 257.

- DELAY (J.)
Méthodes biologiques en clinique psychiatrique.
Paris, Masson, 1950, 536 p.

- DELAY (J.)
Perspectives psychosomatiques.
Rev. Méd. psychosomat., 1960, 2, 3, 7-22.

- DELAY (J.)
Introduction à la médecine psychosomatique.
Paris, Masson, 1961, 117 p.

- DELAY (J.)
Le chirurgien et le psychiatre.
Presse méd., 1964, 72, 49, 2953-2957.

- DELAY (J.), BERTAGNA (L.) et LAURAS (A.)
Surdité hystéro-organique. Action du choc amphétaminique.
Ann. méd.-psychol., 1952, 110, II, 2, 238-241.

- DELAY (J.), BERTAGNA (L.) et LAURAS (A.)
Gros ventre pithiatique (cathiémophrénose). Action du choc amphétaminique.
Ann. méd.-psychol., 1952, 110, II, 2, 241-243.

- DELAY (J.) BERTAGNA (L.) et LAURAS (A.)
Bégaiement pithiatique. Action du choc amphétaminique.
Ann. méd.-psychol., 1952, 110, II, 2, 244-245.

- DELAY (J.), BUISSON (J.F.) et HENNE (M.)
Hystérie et kleptomanie.
Encéphale, 1955, 44, 3, 239-253.

- DELAY (J.), BUISSON (J.F.) et SADOUN (R.)
Aux frontières du délire : la rêverie morbide.
Encéphale, 1955, 44, 4, 336-349.

- DELAY (J.) et DENIKER (P.)
Clinical and biological studies. I. hysteria and drug-induced hysteria-like states.
Chemical concepts of psychoses, Rinkel (M.) and Denber (H.C.B.) editors, New York, McDowell-Obolensky, 1958, 321-330.

- DELAY (J.) et DENIKER (P.)
Etats hystéroïdes d'origine médicamenteuse.
Canad.psychiat. Ass. J., 1958, 3, 3, 132-144.

- DELAY (J.), DENIKER (P.), et BENOIT (P.)
Syndrome hystérique consécutif à une électrocution.
C.R. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, Liège, 1954, 201-206.

- DELAY (J.), DESCLAUX (P.) et BINOIS (R.)
Astasie-abasie hystérique chez un paralytique général.
Ann. méd.-psychol., 1945, 103, I, 445-448.

- DELAY (J.) LEMPERIERE (T.) et ENRIQUEZ (M.)
L'adaptation socio-professionnelle des hystériques. Etude d'un groupe de 30 malades présentant des manifestations de conversion.
Rev. méd. psychosomat., 1963, 5.

- DELAY (J.), PICHOT (P.) et LHERMITTE (F.)
Le traitement des manifestations de conversion dans l'hystérie par le choc amphétaminique.
Ann. méd.-psychol., 1951, 109, II, 186-189.

- DELGADO (H.)
Définition de l'hystérie.
Encéphale, 1952, 41, 313-321.

- DESPINOY (M.), BENOIST (A.) et MARES (J.)
Manifestation hystérique et culture.
C.R. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, Lyon, 1957, Paris, Masson, 1958, 231-239.

- DEUTSCH (F.)
A footnote to Freud's "Fragment of an analysis of a case of hysteria".
Psychoanal. Quart., 1957, 26, 2, 159-167.

- DEUTSCH (F.) : editor
On the mysterious leap from the mind to the body.
New-York, International Universities Press, 1959, 273 p.

- DIATKINE (R.) et FAVREAU (J.A.)
Le caractère névrotique.
Rev. franç. psychanal., 1956, 20, 151-201.

- DIDE (M.)
L'hystérie et l'évolution humaine.
Paris, Flammarion, 1935.

- DONGIER (M. et S.) et GASTAUT (H.)
La personnalité hystérique.
Proc. 3rd World Congress of Psychiatry, Montreal, 1961, II, 860-863.

- DONNET (J.L.)
La suggestion comme concept.
Entretiens psychiat., 1960, 9.

- DROMARD (G.)
Essai sur la sincérité.
Paris, Alcan, 1911.

- DURAND (C.) et RACAMIER (P.C.)
Les crises et la chronicité. Etude différentielle des facteurs psycho-affectifs.
Rev. Méd. psychosomat., 1963, 5, 2, 163-173.

- DURANDIN (G.)
Recherches sur les mobiles et circonstances du mensonge.
Ann. méd.-psychol., 1957, 115, I, 2, 209-242.

- EDER (M.)
War shock. The psychoneuroses in the war. Psychology and treatment.
London, Heineman, 1917, 154 p.

- EISLER (M.J.)
Man's unconscious phantasy of pregnancy in guise of traumatic hysteria : clinical contribution to anal erotism.
Intern? J. Psychoanal?; 1921, 2, 255-286.

- EKBLAD (M.)
A psychiatric and sociologic study of a series of Swedish naval conscripts.
Acta neurol. psychiat. scand., 1948, 24, suppl. 49, 201 p.

- EVRARD (E.)
Les névroses traumatiques.
C.R. Congrès de psychiatrie et neurologie de langue française. Liège, 1954, Paris, Masson, 1955, 33-86.

- EY (H.)
L'hystérie.
Gaz. Hôp., 1935, 108, 46, 797-803, et 48, 829-836.

- EY (H.)
Introduction à l'étude actuelle de l'hystérie.
Rev. Prat., 1964, 14, 1417-1431.

- EYSENCK (H.J.)
Dynamique de l'anxiété et de l'hystérie.
Londres, Routledge, 1957.

- EYSENCK (H.J.)
La conception moderne de la psychopathologie.
Bull. Psychol., 1960, 14, 1/4, 56-58.

- EYSENCK (H.J.) and CLARIDGE (G.)
The position of hysterics and dysthymics in e two-dimensional framework of personality description.
J. abnorm. soc. psychol., 1962, 64, 1, 46-55.

- FAIRBAIRN (W.R.D.)
Observations on the nature of hysterical states.
Brit. J. Med. Psychol., 1954, 27, 3, 105-125.

- FARBACH (H.J.)
Hysterical manifestations in male : case for diagnosis.
Urol. Cutan. Rev., 1919, 23, 207-209.

- FENICHEL (O.)
La théorie psychanalytique des névroses.
Paris, P.U.F., 1953.

- FERENCZI (S.)
Le problème de la matérialisation hystérique.
London, Hogarth Press, 1950.

- FITZGERALD (O.W.S.)
Love deprivation and the hysterical personality.
J. Ment. Sci., 1948, 94, 397, 701-717.

- FOLLIN (S.), CHAZAUD (J.) et PILON (L.)
Cas cliniques de psychoses hystériques.
Evol. psychiat., 1961, 26, 2, 257-286.

- FREE (S.M.)
Hysteria in male.
Med. rev., 1884, 26, 347.

- FREUD (S.)
Cinq psychanalyses (Dora : un cas d'hystérie).
Trad. M. Bonaparte et R. Loewenstein - Paris, P.U.F. 1954, 1-9

- FREUD (S.)
Introduction à la psychanalyse
Trad. S. Jankélévitch
Paris, Payot, 1951, 496 p.

- FREUD (S.)
Naissance de la psychanalyse
Trad. A. Berman
Paris, P.U.F., 1956, 129 p.

- FREUD (S.) et BREUER (J.)
Etudes sur l'hystérie
Paris, P.U.F., 1956

- FROMENT (J.)
L'accident hystérique pithiatique et la physiopathologie dite hystérique
Rev. NeuroL., 1937, 67, 2, 153-195

- FROMENTY (L.)
Utilitarisme et hystérie
Ann. méd.-psychol., 1937, 95, I, 2, 192-201

- GARNIER (P.)
Les hystéries accusatrices
Bull. Méd., 1903, 54

- GATFIELD (P.D.) and GUZE (S.B.)
Prognosis and differential diagnosis of conversion reactions
Follow-up study
Dis. nerv. syst., 1962, 23, 623-631

- GELMA (E.)
Simulation et hystérie.
Ann. méd.-psychol., 1950, 108, I, 2, 162-172

- GILLE DE LA TOURRETTE
Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie normale.
Paris, Plon, 1891.

- GRASSET (J.)
Les psychonévroses de guerre
Presse méd., 1 avril 1915

- GRASSET (J.)
Clinical lecture on the psychoneuroses of war
Med. press. circ., 1915, 560-563

- GREEN (A.)
Le rôle : contribution à l'étude des mécanismes d'identification.
Evol. Psychiat., 1961, 26, 1, 1-26

- GREEN (A.)
Névrose obsessionnelle et hystérie, leurs relations chez Freud et depuis.
Rev. franç. psychanal., 1964, 28, 5/6, 679-716

- GRUNBERGER (B.)
Conflit oral et hystérie.
Rev. franç. psychanal., 1953, 17, 3, 250-265

- GRUTZHAENDLER
Contribution à l'étude des troubles sensitivomoteurs hystéro-traumatiques observés à l'occasion de la guerre 1914-15.
Thèse, Faculté de Médecine de Paris, 1915.

- GUILLAIN (G.)
Il est injustifié et erroné d'oublier l'oeuvre de J.M. CHARCOT sur l'hystérie et les névroses
Sem. Hôp., 1949, 25, 4, 147-160

- GUZE (S.B.)
Conversion symptôms in criminals
Amer. J. Psychiat., 1964, 121, 6, 580-583

- GUZE (S.B.) DELONG (W.B.) MAJERUS (P.W.) and ROBINS(E.)
Association of clinical psychiatric disease with hyperemesis gravidarum.
New Engl. J. Med., 1959, 261, 1363-1368

- GUZE (S.B.) and PERLEY (M.J.)
Observations on the natural hystory of hysteria.
Amer. J. Psychiat., 1963, 119, 960-965

- HALDANE (J.B.S.)
A method for investigating recessive character in man.
J. genetics, 1932, 25

- HAMILL (R.C.)
Hysteria in strong man
Med. Clin. Chicago, 1915/16, 1, 941-946

- HARTENBERG (P.)
L'hystérie et les hystériques. Paris, Alcan, 1910

- HAMILTON (V.)
Conflict avoidance in obsessionale and hysterics and the validity of the concept of dysthymia.
J. Ment. Sci., 1957, 103, 432, 666-676.

- HAMON (J.) et PARAIRE (J.V.)
Psychiatrie et armée.
Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie, III, 37740 - A 10

- HECAEN (H.)
Influence des émotions de guerre sur l'état mental d'un service de psychiatrie de Normandie.
Ann. méd.-psychol., 1945, 103, I, 1, 71-75.

- HECAEN (H.) et AJURIAGUERRA (J. de)
Les névroses traumatiques. C.R. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Liège, 1954, Paris, Masson, 1955, 71-99

- HELD (R.)
L'univers affectif du malade chronique (les bénéfices secondaires).
Rev. Méd. Psychosomat., 1963, 5, 2, 184, 185.

- HENDERSON (D.K.) and GILLESPIE (R.D.)
A textbook of psychiatry.
London, Oxford University Press, 1944, 732 p.

- HESNARD (A.)
L'hystérie, névrose d'expression.
Evolution psychiat., 1936, 6, 1 17-43.

- HESNARD (A.)
La conduite de responsabilité corporelle dans l'hystérie.
L'univers morbide de la faute, Paris, P.U.F., 1949, 71-86.

- HESNARD (A.)
De l'équivoque de la médecine psychosomatique.
Cahiers de psychiatrie de Strasbourg, 1951, 11, 49-57.

- HOLLENDER (M.H.) and HIRSCH (S.J.)
Hysterical psychosis.
Amer. J. Psychiat., 1964, 120, 11, 1066-1074.

- HUDDLESON (J.H.)
Accidents, neuroses and compensation.
Baltimore, Williams and Wilkins Cy, 1932, 256 p.

- INGLE
Notes of case of hysteria in boy.
Lancet, 1883, 2, 106

- JANET (P.)
De l'hystérie chez l'homme
Thèse, Faculté de Médecine de Paris, 1880.

- JANET (P.)
L'état mental des hystériques. Les stigmates mentaux
Paris, Rueff, 1892.

- JANET (P.)
L'état mental des hystériques. Les accidents mentaux
Paris, Rueff, 1894.

- JOUVE (S.)
Sept observations d'hystérie de conversion dans un service de médecine générale à orientation psychosomatique.
Thèse, Faculté de Médecine générale à orientation psychosomatique.
Thèse, Faculté de Médecine de Paris, 1964

- JUILLET (P.), DOREY (R.), LABAT (J.) et MOUTIN (P.)
Le concept de névrose de caractère en regard de l'aptitude au service militaire.
Bull. Soc. Méd. Milit. Franç., 1964, 58, 7, 270-276

- JUIN (A.)
Etude du délire de revendication consécutif aux blessures de guerre.
Thèse, Faculté de Médecine de Bordeaux, 1920.

- KENNEDY (A.)
Recent hysterical states and their treatment.
J. Ment. Sci., 1940, 364, 988

- KESTEMBERG (E.)
Identité et identification chez les adolescents.
Psychiat. infant., 1962, 5, 441-522.

- KIERSCH (T.A.)
Amnesia : a clinical study of 98 cases
Amer. J. Psychiat., 1962, 119, 1, 57-60

- KLOTZ (L.P.) et al.
Contribution à l'étude pathogénique des crises névropathiques.
Sem. Hôp., 1947, 625

- KLOTZ (P.L.)
La surdité psychogène.
Gaz. Hôp., 1958, 130, 9, 329-337

- KOCHER (J.)
Le praticien face à l'hystérie.
Paris, 1964, 53, 1689-1691

- KRETSCHMER (E.)
Psychologie médicale. L'hystérie.
Paris, Payot, 1927.

- LAGACHE (D.)
Fantaisie, réalité, vérité.
Rev. Franç., Psychanal., 1964, 28, 4, 515-538.

- LALLEMANT (E.)
Quelques observations d'hystérie chez l'homme.
Paris, 1877.

- LASEGUE (M.)
Les hystériques, leur perversité, leur mensonge.
Ann. méd. psychol., 1881, 39, 111.

- LAUNAY (C.) et COL (C.)
L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent.
Rev. prat., 1964, 14, 1473--1480

- LAURAS (A.)
Symptômes et critères diagnostiques de l'hystérie.
Rev. prat., 1964, 14, 1443-1457

- LAURAS (A.) et WIDLOCHER (D.)
Le praticien face à l'hystérie.
Rev. prat., 1964, 14, 1493-1504

- LEDOUX (M.)
Contribution à l'étude clinique du déséquilibre psychopathique chez la femme.
Thèse, F.M. Paris, 1965

- LEGRAND DU SAULLE
Les hystériques, état physique et mental.
Paris, Baillière, 1883.

- LEMAIRE (J.)
La part psychosomatique dans les traumatismes du rachis
Thèse, Faculté de Médecine de Paris.

- LEMPERIERE (T.), PERSE (J.) et ENRIQUEZ (M.)
Symptômes hystériques et personnalité hystérique (Etude clinique et psychométrique).
Rapport de psychiatrie, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Lausanne, 1965, 124 p.

- LETOURNEAU (C.)
La condition de la femme dans les diverses races et civilisations
Paris 1903

- LEWIS (W.C.) and BERMAN (M.)
Studies of conversion hysteria.
Arch. Gen. Psychiat., 1965, 13, 3, 275-282.

- LIGHTBURN (J.L.), CATTELL(R.B.) and STEPHENSON (W.F.)
Differential diagnosis of conversion reactions in a general hospital.
Postgrad. Med., 1958, 23, 2, 140-147.

- LINDBERG (B.J.)
Expérimental studies of colour and non-colour attitude in school children and adults.
Acta psychiat. Neurol. scand., 1938, suppl. 16, 170 p.

- LINDBERG (B.J.)
Suggestibility in different personality types.
Amer. J. Psychol., 1940, 53, 99

- LINDBERG (B.J.)
Different mixtures of syntonic and asthenic personality.
Acta psychiat. neurol. scand, 1950, 26, 225.

- LINDBERG (B.J.)
Psycho-infantilism.
Acta psychiat. Neurol. scand., 1950, 26, suppl. 61, 126 p.

- LINDBERG (B.J.)
The hysteroid personality attitude. Does it exist ?
Acta psychiat. scand., 1963, 39, suppl. 169, 223-225

- LINDBERG (B.J.) and LINDEGARD (B.)
Studies of hysteroid personality attitude.
Acta psychiat. scand., 1963, 39, 1, 170-180

- LJUNBERG (L.)
Hysteria. A clinical, pronostic and genetic study.
Acta psychiat. neurol. scand., 1957, 32, suppl. 112, 162 p.

- LOEWENSTEIN (R.) et PARCHEMINEY (G.)
La conception psychanalytique de l'hystérie.
Encéphale, 1933, 28, 312-330.

- LOGRE (B.J.)
Etat mental des hystériques.
Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, Sergent (L.), Ribadeau-Dumas (L.) et Babonneix (L.), Paris, Maloine, 312-372

- LOUCAIEF (M.)
Contribution à l'étude de l'hystérie dans l'armée tunisienne.
Thèse, Faculté de médecine de Paris, 1965.

- LUMINET (D.)
Examen critique des modèles théoriques en recherche psychosomatique.
Acta neurol. psychiat. belg., 1959, 59, 471-489

- LUNJDEN (T.)
Psychology of malingering and functional neuroses in peace and war.
Lancet, 1916, 860-862

- LUQUET (C.J.)
La place du mouvement masochiste dans l'évolution de la femme.
Rev. franç. psychanal., 1959, 23, 3, 305-336

- LYLE (J.) and RIOUX (J.B.)
Relation of military assignment to choice of conversion symptoms.
U.S. Armed Forces Med. J., 1957, 8, 11, 1686-1690

- MACALPINE (I.) and ROSS (J.P.)
Oedème bleu
Lancet, 1956, 270, 78-81

- McGRATH (S.D.) and McKENNA (J.)
The Ganser syndrome : a critical review.
Proc. 3rd World Congress of Psychiatry, Montreal, 1961, I, 156-161.

- MALLET (J.)
La notion de maturité affective en pathologie traumatique
Arch. Mal. Profes., décembre 1952.

- MALLET (J.)
Hystérie de conversion.
Encycl. méd.-chir., Psychiatrie II, 1955, 37340 A10.

- MANCEAUX (A.), BARDENAT (C.) et SUSINI (R.)
Sur quelques aspects des manifestations hystériques chez l'indigène nord-africain, en particulier en milieu militaire.
Algérie méd., 1946, 50, 4, 321-329.

- MANCEAUX (A.), BARDENAT (C.) et SUSINI (R.)
L'hystérie chez l'indigène algérien.
Ann. méd.-psychol., 1947, 105, II, 1-34.

- MANN (W.A.)
Hysterical amblyopia.
Quart. Bull. Northwest Univ. Med. Sch., 1960, 34, 3, 215-225.

- MARICOURT (E.S.)
Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme.
Thèse, Faculté de Médecine de Paris, 1877.

- MARINESCO (G.)
Contribution à l'étude des troubles sensitifs hystériques et le rôle des réflexes conditionnés dans la physiopathologie de l'hystérie.
Rev. neurol., 1937, 68, 585-600.

- MARMOR (J.)
Orality in the hysterical personality
J. Amer. Psychoanal. Ass., 1954, 1, 656-671.

- MAYER-GROSS (W.), SLATER (E.) and ROTH (M.)
Clinical psychiatry.
London, Cassel, 1954, 652 p.

- MENNINGER (K.A.)
Hysteria in male as defense reaction : case report.
Boston Med. J., 1919, 180, 612.

- MENNINGER (W.C.)
Modern concepts of war neuroses.
Bull. N.Y. Acad. Med., 1946, 22, 7-22

- MEYERS (C.)
Hysteria in male.
Canad. Med. Ass. J., 1917, 7, 896-905.

- MICHAUX (L.)
L'hystérie infantile.
Entretiens de Bichat, Médecine, 1952, 195-198

- MICHAUX (L.), GALLOT (H.M.) et SCHERRER (J.)
Narcoanalyse d'un sujet ayant présenté trois fugues amnésiques probablement hystériques.
Ann. méd.-psychol., 1947- 105, I, 5, 495-499;

- MICHAUX (L.) et VAUGELADE (S.)
Considérations sur l'hystérie infantile.
Rev. neuropsychiat. infant., 1959, 7, 5/6, 191-195

- MICHAUX (L.), LEMPERIERE (T.) et JURREDIEU (C.)
Considérations psychopathologiques sur une épidémie d'hystérie convulsive dans un internat professionnel.
Arch. franç. pédiat., 1952, 9, 987-990.

- MIGNOT (R.)
Simulation et sursimulation.
Encéphale, 1920, 15, 609.

- MILLAR (W.M.)
Hysteria. A re-evaluation
J. Ment. Sci., 1958, 104, 436, 813-821.

- MILLER (E.)
The neuroses in war.
London, McMillan, 1940.

- MITCHELL (S.W.) and SPILLER (W.G.)
Case of uncomplicated hysteria in male lasting 30 years, with post-mortem examination.
Tr. Ass. Amer. Physicians, 1904, 19, 433, 445.

- MOBB (F.)
Psychic mechanism of the voice in relation to the emotions.
Brit. Med. J., 1915, 845-847

- MOBB (F.)
Effects on high explosives upon the central nervous system.
Lancet, 1916, 545-548.

- MOLES (A.A.)
La simulation.
Rev. philosoph., 1965, 155, 2, 229-230

- MOOREHEAD (J.J.)
Traumatic neuroses
Med. Clin. North America, 1944, 28, 663-703

- MOREAU DE TOURS (P.)
Traité pratique de la folie névropathique.
Paris, Baillière, 1869.

- MOREAU DE TOURS (P.)
De la simulation dans les maladies mentales et nerveuses chez les enfants.
Ann. méd.-psychol., 1905, 63, I, 402-415 et II, 29-48

- MORENO (M.)
Analisi del concetto di isteria.
G. Med. Milit., 1959, 109, 5, 452-456.

- NACHT (S.)
Introduction à la médecine psychosomatique.
Evol. psychiat., 1948, 13.

- NACHT (S.), DIATKINE (R.) et RACAMIER (P.C.)
Psychanalyse et sociologie
Rev. franç. psychanal., 1957, 21, 2, 244-282.

- NEYRAUT (M.)
A propos de la mythomanie.
Evol. psychiat., 1960, 25, 553-558.

- NIEL (A.)
Le problème du pithiatisme et de l'hystérie chez l'enfant.
Thèse, Faculté de Médecine de Lyon, 1949.

- NOYES (A.P.)
Modern clinical psychiatry.
Philadelphia, Saunders Cy, 1948, 525 p.

- NYSSEN (R.)
Le problème de la constitution et du caractère hystérique.
Acta neurol. psychiat. belg., 1948, 48, 2, 47-56

- ORMOND (A.)
Treatment of "concussion blindness".
J. Roy. Army Med., 1916, 43-49

- PADOVANI (G.)
Evènements de guerre et troubles mentaux (contribution intalienne à l'étude du problème).
C.R. Ier Congrès mondial de Psychiatrie, Paris, 1950, VI, 155-179.

- PAPASTRATIGAKIS
Hystérie et syndromes extrapyramidaux
Encéphale, 1928, 17, 116

- PARCHEMINEY (G.)
La problématique du psychosomatique.
Revue Franç. psychanal., 1948, 12, 233-249.

- PARCHEMINEY (G.)
Critique de la notion d'hystérie de conversion.
Evol. psychiat., 1949, 14, 45-60.

- PARCHEMINEY (G.)
La conception de l'hystérie.
Evol. psychiat., 1950, 15, 377-390.

- PARCHEMINEY (G.)
Exposé d'un cas d'hystérie.
Encéphale, 1954, 43, 40-53.

- PARDEE (I.)
Traumatic psychoneuroses versus organic injury : critical analysis of cases.
S. Clin. North America, 1943, 23, 589-598.

- PAULMIER
De l'hystérie chez l'homme
Thèse Faculté de Médecine de Paris, 1876.

- PAVLOV (I.)
Essai d'interprétation physiologique de l'hystérie.
Encéphale, 1933, 20, 285-293.

- PERLEY (M.J.) and GUZE (S.B.)
Hysteria : the stability and usefulness of chinical criteria. A quantitative study based on a follow-up period of 6 to 8 years in 39 patients.
New-Engl. J. Med., 1962, 266, 9, 421-426.

- PERSE (J.) et ENRIQUEZ (M.)
L'hystérie à travers le test de Rorschach.
VIème Congrès intern. Rorschach, Paris, 1965.

- PITRES (E.)
Leçon clinique sur l'hystérie.
Bordeaux, 1891.

- POROT (A.) et BARDENAT (C.)
Psychiatrie médico-légale.
Paris, Maloine, 1959, 351 p.

- POROT (A.) et HESNARD (A.)
Psychiatrie de guerre.
Paris, Alcan, 1918.

- PURTELL (J.J.), ROBINS (A.) et COHEN (M.E.)
Observations on clinical aspects of hysteria. A quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects.
J.A.M.A., 1951, 146, 10, 902-909.

- PUTNAM (J.J.)
Recent investigations into pathology of so-called concussion of spine.
Boston méd. J., 1883, 109, 217-223.

- REGIS (E.)
Les troubles psychiques et neuropsychiques de guerre.
Presse Méd., 27 mai 1915.

- REICHARD (S.)
A re-examination of "studies in hysteria".
Psychoanal. Quart., 1956, 25, 2, 155-177.

- REICH (W.)
Character analysis.
New-York, Orgone Institute Press, 1949, 516 p.

- RICHER
Etude clinique sur la grande hystérie et l'hystérie-épilepsie.
Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885.

- ROBINS (E.), PURTELL (J.J.) and COHEN (M.E.)
"Hysteria" in men. A study of 38 patients so diagnosed and 194 control subjects.
New England J. Med., 1952, 246, 18, 677-685.

- RONALD (W.) and FAIRBAIRN (D.)
Observations on the nature of hysterical states.
Brit. Med. Psychol., 1954, 27, 105-125

- ROSAROFF (A.J.)
A study of hysteria.
Arch. neurol. psychiat., 1919, 2, 419.

- ROSOLATO (G.)
L'hystérie. Structure psychanalytiques.
Evol. psychiat., 1962, 27, 225-258.

- ROTH (N.)
On the mechanism of hysterical conversion.
Amer. J. Psychother., 1957, 11, 39-44.

- ROUQUIER (A.)
La fin de l'hystérie.
C.R. Congrès de psychiatrie et neurologie de langue française.
Lille, 1960, 359-365.

- ROUSSY (G.)
A propos de quelques troubles nerveux psychiques observés à l'occasion de la guerre. Hystérie, hystérotraumatisme, simulation.
Presse méd., 1915, 15, 115-117

- ROUSSY (G.)
Troubles nerveux psychiques de la guerre.
Presse méd., 29 Avril 1915

- ROUSSY (G.) et LHERMITTE (J.)
Psychonévroses de guerre.
Paris, Masson, 1917.

- ROUX (J.)
Les névroses post-traumatiques, hystérie, neurasthénie, sinistroses.
Les actualités médicales, 1913.

- RUEFF-DUVAL (D.)
Hystérie de l'enfant.
Thèse, Faculté de Médecine de Paris, 1962.

- RUESCH (J.)
Synopsis of the theory of human communication.
Psychiatry, 1953, 16, 215-243.

- RUESCH (J.)
Non-verbal language and therapy.
Psychiatry, 1955, 18, 323-330.

- RUSSELL (J.)
Case of "hysterical" retention of urine in man.
Med. Times Gaz., 1882, 1, 353.

- SALMON (A.)
Le cerveau organique considéré comme le siège principal les phénomènes hystériques.
Encéphale, 1950, 39, 511-522.

- SAUNDBY (R.)
Hysteria in male sex.
Med. Times Gaz., 1881, 1; 7

- SAVILL (T.D.)
Two cases of hysteria in male.
Lancet, 1889, 2, 792.

- SAVILL (T.D.)
Case of hysteria minor and "ovarian phenomena" in male.
Lancet, 1889, 2, 934.

- SAVILL (T.D.)
Lectures on hysteria and allied vasomotor conditions.
London, Glaisher, 1909, 262 p.

- SCHILDER (P.F.)
The concept of hysteria.
Amer. J. Psychiat., 1939, 95, 1389-1413.

- SCHNEIDER (P.B.) et al.
Contribution à l'étude de l'hystérie (aperçu bibliographique et esquisse de l'étude clinique d'une population d'hystériques).
Rapport de psychiatrie au Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue française, Lausane, 1965, 127-247.

- SERIN (S.)
A propos de trois observations d'hystérie infantile.
Rev. neuropsychiat. infant., 1959, 7, 5/6, 186-190.

- SHENTOUB (S.A.)
Remarques cliniques sur la conversion psychosomatique et la conversion psychosociale.
Rev. Franç. Psychanal., 1948, 12, 585.

- SICARD (J.A.)
Simulateurs de création et simulateurs de fixation.
Simulateurs sourds-muets.
Paris méd., 1915, 423-428.

- SILGMAN (A.J.)
Emotivity. A character of hysterical defense.
Psychoanal. Quart., 1954, 23, 339-354.

- SIVADON (P.) et VEIL (C.)
Aspects sociologiques et cliniques de la simulation.
C.R. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, Marseille, 1964, I, 433-438.

- SJOGREN (T.)
Genetic-statistical and psychiatric investigations of a West Swedish population.
Acta. psychiat. neurol. scand., 1948, 23, suppl. 52, 102 p.

- SKOOG (G.)
Theanancastic syndrome and its relation to personality attitudes. A clinical study.
Acta psychiat. neurol. scand., 1959, 34, suppl. 134, 209 p.

- SLATER (E.)
The neurotic constitution, a statistic study of 2000 neurotic soldiers.
J. neurol. psychiat., 1943, 6, 1.

- SLATER (E.)
The thirty fifth Maudsley lecture : "hysteria 311".
J. Ment. Sci., 1961, 107, 448, 359-381.

- SMITH (A.P.)
Hysteria in male subject.
Med. Rec., 1882, 22, 457-459.

- SMITH (G.E.)
The shock and the soldier.
Lancet, 1916, 813 et 853.

- SOLLIER (P.)
La définition et la nature de l'hystérie.
Arch. gén. méd., 1906, 2, 2585-2600.

- SOLLIER (P.)
Du diagnostic clinique de l'exagération et de la persévération des troubles nerveux fonctionnels.
Presse méd., 1915, 62, 505.

- SOLOMON (P.)
Psychoneurotic versus psychosomatic abdominal pain.
Amer. J. Gastrent. 1953, 30, 2, 129-144.

- SOMMER (A.)
Contribution à la caractérisation et à la délimitation de l'hystérie. Rapport entre les symptômes et la personnalité hystérique.
Cahiers de psychiatrie de Strasbourg, 1948, 2, 107-141.

- SOREL (E.)
Sinistrose et délire de revendication.
Toulouse méd., 1935, 13, 420.

- SOUQUES (A.)
Etude des syndromes hystériques simulateurs.
Paris, 1891.

- SOUQUES (A.)
Monoplégies hystérotraumatiques chez les soldats.
Rev. neurol., 1914/15, 28, 403-405.

- SPERLING (M.)
Food allergies and conversion hysteria.
Psychoanal. Quart., 1953, 22, 4, 525-538.

- STEPHENS (J.H.) and KAMP (M.)
On some aspects of hysteria : a clinical study.
J. nerv. ment. dis., 1962, 134, 4, 305-315.

- STURUP (G.)
A problem of simulation in modern legal psychiatry.
Acta psychiat. neurol. scand., 1955, 30, 343-350.

- SUTTER (J.), STERN (H.) et SUSINI (R.)
Evolution du problème des psychonévroses de guerre.
Ann. méd.-psychol., 1947, 105, II, 249-270.

- SUTTER (J.), STERN (H.) et SUSINI (R.)
Psychonévroses de guerre. Etude d'une centaine de cas personnels.
Ann. méd.-psychol., 1947, 105, II, 496-524.

- SVENDSEN (B.B.)
Psychiatric morbidity among civilians in war time.
Copenhague. 1952.

- TARGOWLA (R.)
Hystérie, pithiatisme, psychanalyse et médecine psychosomatique
Presse méd., 1949, 57, 901-903.

- TAYLOR (K.) and HUNTER (R.C.A.)
Observation of a hysterical epidemic in a hospital ward.
Thoughts on the dynamics of mental epidemics.
Psychiat. Quart. 1958, 32, 4, 821-839.

- THABAUD (J. et J.R.)
L'hystérie et les troubles psychopathiques.
Paris, Vigot, 1943.

- TITECA (J.)
Etude électroencéphalographique de deux cas d'anesthésie hystérique.
J. belge neurol. psychiat., 1938, 1, 442.

- TITECA (J.)
La séméiologie des anesthésies hystériques.
Acta neurol. psychiat. belg., 1948, 48, 2, 57-61.

- TRUBERT (A.)
Contribution à l'étude de l'hystérie et de la mythomanie.
Paris, Legrand, 1929.

- VALABREGA (J.P.)
Les théories psychosomatiques.
Paris, P.U.F., 1954.

- VALABREGA (J.P.)
Introduction du concept de conversion psychosomatique.
Riv. sper. freniat., 1965, 84, 1, 138.

- VALLET (R.)
La participation volontaire dans la conduite hystérique.
Evol. psychiat., 1963, 28, 3, 467-491.

- VAN BOGAERT (L.)
L'hystérie et les fonctions diencéphaliques, étude neurologique.
C.R. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française. Bruxelles, 1935, 169-229.

- VAUGELADE (S.)
L'hystérie chez l'enfant.
Thèse, Faculté de Médecine de Paris, 1958.

- VINCENT (C.)
Au sujet de l'hystérie et de la simulation.
Rev. neurol., 1916, 30, 104-107.

- VINCENT (C.) : rapporteur.
Sur les accidents nerveux déterminés par la déflagration de fortes charges d'explosifs.
Rev. neurol., 1916, 29, 4/5, 577-609

- VOLMAT (R.) et NICOLAS-CHARLES (P.)
L'hystérie d'aujourd'hui. I. Etude clinique de l'hystérie dite de conversion.
J. méd. Beçanson, 1965, 1, 1, 39-49.

- WALTERS (A.)
Psychogenic regional pain alias hysterical pain.
Brain, 1961, 84, 1, 1-18.

- WAROT (P.) et MAURIN (P.)
Hystérie infantile et juvénile.
Rev. neuropsychiat. infant., 1959, 7, 5/6, 167-181.

- WECHSLER (I.S.)
A textbook of clinical neurology.
Philadelphia, Saunders, 1947- 829 p.

- WEISS (E.) and ENGLISH (O.S.)
Psychosomatic medicine.
Philadelphia, Saunders, 1943, 687 p.

- WHITEHORN (J.C.)
Sex behaviour and sex attitude in relation to emotional health.
Standford med. bull., 1949, 7, 45-60.

- WILDOCHER (D.)
La personnalité des hystériques.
Rev. prat., 1964, 14, 1433-1441.

- WILLIAMS (T.A.)
Management of hysteria in war.
Milit. Surgeon, 1919, 45, 549-559.

- WILSON (M.S.)
Hysterical aphonia.
Amer. J. Psychiat., 1962, 119, 1, 80.

- WINOKUR (G.) and LEONARD (C.H.)
Sexual life in patients with hysteria.
Dis. nerv. syst., 1963, 24, 6, 337-343.

- WINTER (H.)
The weight of preoedipal elements in the genesis of hysterical character neuroses.
Intern. J. Psychoanal., 1964, 45, 2/3, 338-342.

- WISDOM (J.O.)
A methodological approach to the problem of hysteria.
Intern. J. Psychoanal., 1961, 42, 3, 224-237.

- WITTELS (F.)
The hysterical character.
Med. Rev. of Rev., 1930, 36, 186-190.

- WURMIR (V.J.)
La théorie orectique et l'hystérie.
Ann. méd.-psychol., 1965, 123, I, 3, 433-450.

- YASUNA (E.R.)
Hysterical amblyopia in children.
J. dis. child., 1963, 106, 6, 558-563.

- ZIEGLER (D.K.) and PAUL (N.)
On the natural history of hysteria in women. A follow-up study twenty years after hospitalization.
Dis. nerv. syst., 1954, 15, 10, 301-306.

- ZIEGLER (F.J.) adn IMBODEN (J.B.)
Contemporary conversion reactions. II. A conceptual model.
Arch. gen. psychiat., 1962, 6, 4, 279-287.

- ZIEGLER (F.J.), IMBODEN (J.B.) and MEYER (E.)
Contemporary conversion reactions : a clinical study
Amer. J. Psychiat., 1960, 116, 10, 901-910.

PLAN

INTRODUCTION

I - ETUDE CLINIQUE

A - Existence de l'hystérie chez l'homme
fréquence - position des différents auteurs P. 4

B - Les symptômes somatiques
Evolution historique P. 21
Etude clinique P. 29
1 - Les symptômes classiques P. 29
2 - Les symptômes subjectifs P. 49
3 - Les symptômes viscéraux et le problème des affections psychosomatiques P. 72
Conclusion P. 84

II - LES MECANISMES PATHOGENIQUES DE LA CONVERSION HYSTERIQUE - Analyse des différentes conceptions P. 88

1 - L'hystérie est une maladie organique P. 88
2 - L'hystérie envisagée comme une forme de simulation P. 95
3 - Les mécanismes psychologiques de la conversion somatique P. 99
- Rôle de l'imagination P. 100
- Rôle de la suggestibilité P. 102
- Problème de la sincérité de l'hystérique P. 110
- Les théories psychanalytiques P. 116
4 - Conclusions P. 122

III - LES BENEFICES SECONDAIRES P. 127

Etude des deux sexes

IV - PERSONNALITE DES HOMMES HYSTERIQUES
ET PERSONNALITE HYSTERIQUE P. 132

A - Etude de la personnalité hystérique classique P. 133

B - Personnalité hystérique et symptômes somatiques de conversion P. 151

C - Etude de la structure de la conversion hystérique P. 163

D - Etude de notre matériel P. 174

E - La personnalité hystérique chez l'homme dans notre étude P. 181

F - La personnalité hystérique dans les deux sexes P. 206

CONCLUSIONS P. 213

BIBLIOGRAPHIE